



FIGO

International Federation of
Gynecology and Obstetrics

the Global Voice for Women's Health

Manual de formação em cirurgias de fístulas da FIGO

Currículo de formação padronizado e guia de melhores práticas

**Manual de Formação em
Cirurgia de Fístula da FIGO**

Manual de Formação em Cirurgia de Fístula da FIGO

***Currículo de formação padronizado
e guia de melhores práticas atuais***

**Desenvolvido e concebido pelo Grupo Consultivo de Especialistas
da Iniciativa de Formação em Cirurgia de Fístula da FIGO**

Publicado por



Em associação com
The Global Library of Women's Medicine

A publicação do Manual de Formação em Cirurgia de Fístula da FIGO foi possibilitada pelo apoio financeiro do Texas Children's Hospital e de uma fundação anónima.

Publicado pela FIGO

FIGO
International Federation of Gynecology and Obstetrics

FIGO House, 10 Theed Street, London, SE1 8ST, Reino Unido

www.figo.org / figo@figo.org

Número de registo de instituição de solidariedade social: 1113263

Número de registo comercial: 05498067

em associação com

The Global Library of Women's Medicine

Albyfield House

Wetheral

Carlisle, CA4 8ET, Reino Unido

www.glowm.com

ISBN: 978-0-9929457-0-1

Copyright © 2023 FIGO *The International Federation of Gynecology and Obstetrics*

Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta publicação poderá ser reproduzida, armazenada ou introduzida num sistema de recuperação, nem transmitida sob qualquer forma ou por qualquer meio (formato eletrónico, modo mecânico, fotocópia, gravação ou outro) sem o consentimento prévio por escrito do editor.

Traduzido por Surrey Translation Bureau, Farnham, Reino Unido

Edição portuguesa revista pelo Dr. Paolo Parimbelli e Dr. Ngone Amilton

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

Índice	
Agradecimentos	viii
Introdução	ix
Estrutura e Utilização do Manual de Formação	xi
1. Visão geral da fístula genital feminina	1
1.1. Definição e epidemiologia	1
1.2. Etiopatogenia.....	2
1.3. Fatores etiológicos	3
1.3.1. <i>Causas obstétricas</i>	3
1.3.2. <i>Causas não obstétricas</i>	4
1.4. Fatores de risco.....	5
1.5. Prevenção de fístulas.....	5
1.5.1. <i>Prevenção clínica</i>	5
1.5.2. <i>Educação para saúde em fístulas</i>	6
1.6. Sistemas de classificação de fístulas obstétricas	7
1.6.1. <i>Sistema de classificação de Waaldijk</i>	8
1.6.2. <i>Sistema de classificação de Goh</i>	10
1.6.3. <i>Prognóstico</i>	11
2. Cuidados clínicos pré-operatórios	13
2.1. Avaliação da paciente.....	13
2.1.1. <i>Complexo de lesões por trabalho de parto prolongado</i>	13
2.1.2. <i>Diagnóstico</i>	15
2.2. Cuidado conservador, cuidados holísticos e planeamento pré-operatório	18
2.2.1. <i>Cuidado conservador de casos de fístula vesicovaginal de risco e recentes</i>	18
2.2.2. <i>Cuidados holísticos para tratamento de condições/comorbilidades associadas</i>	21
2.2.3. <i>Planeamento pré-operatório</i>	25
3. Aquisição de competências em cirurgia de fístula	28
Nível 1	28
Índice.....	28
Módulo 1 <i>Lacerações perineais</i>	29
Módulo 2 <i>Fístula vesicovaginal simples</i>	39
Módulo 3 <i>Fístula retovaginal simples</i>	50
Módulo 4 <i>Fístula vesicovaginal da cúpula vaginal pós-histerectomia</i>	61

Nível 2	73
Índice.....	73
Módulo 5 Fístula vesicovaginal circunferencial.....	74
Módulo 6 Fístula retovaginal alta e cicatrizada	86
Módulo 7 Fístula vesicocervical/vesicouterina.....	98
Módulo 8 Fístula residual e do canto.....	111
Módulo 9 Fístula ureteral.....	125
Módulo 10 Cálculos vesicais	137
Módulo 11 Reconstrução vaginal.....	149
Módulo 12 Fístula uretral e reconstrução.....	165
Módulo 13 Incontinência persistente	176
Nível 3	188
Índice.....	188
Módulo 14 Derivação urinária.....	189
Módulo 15 Neovagina do cólon.....	203
Módulo 16 Fístula retovaginal circunferencial/estenosada	215
Módulo 17 Gestão de uma instalação de tratamento de fístulas.....	229
4. Complicações da cirurgia de fístula	238
4.1. Complicações intraoperatórias.....	238
4.2. Complicações pós-operatórias imediatas	239
4.3. Complicações pós-operatórias tardias	241
5. Cuidados pós-operatórios	244
5.1. Cuidados pós-operatórios	244
5.1.1. Cuidados pós-operatórios imediatos	244
5.1.2. Cuidados pós-operatórios subsequentes.....	244
5.1.3. Cuidados pós-operatórios específicos para fístula vesicovaginal.....	245
5.1.4. Cuidados pós-operatórios específicos para fístula retovaginal	245
5.1.5. Cuidados pós-operatórios específicos para reparação de fístula abdominal	245
5.2. Avaliação de resultados cirúrgicos	246
5.2.1. Avaliação dos resultados após reparação de fístula vesicovaginal	246
5.2.2. Avaliação dos resultados após reparação de fístula retovaginal.....	250
5.3. Fisioterapia para incontinência persistente	250
5.4. Aconselhamento antes da alta	252

6. Auditoria e investigação	254
6.1. Auditoria	254
6.2. Investigação	255
6.3. Métodos de investigação.....	256
Recursos de aprendizagem	259
Bibliografia	262
Índice remissivo	270

Agradecimentos

Este manual resulta de um esforço colaborativo global mantido por cirurgiões de fístulas especialistas e em formação, organizações profissionais de saúde e indivíduos comprometidos em aliviar o sofrimento de mulheres com fístula obstétrica.

Gostaríamos de agradecer aos autores do manual original pelas bases que facultaram, tendo três deles contribuído também em larga medida para o desenvolvimento deste novo manual (Dr. Andrew Browning, Professor Sayeba Akhter e Dr. Thomas Raassen).

Para além disso, gostaríamos de exprimir a nossa gratidão e reconhecer o compromisso e o trabalho árduo dos autores deste novo manual. Em especial, o nosso mais profundo apreço é dirigido ao Dr. Andrew Browning pelo tempo determinante que dispensou e pelo contributo dado ao longo do processo de redação e edição e ao Dr. Thomas Raassen por rever os rascunhos finais. Agradecemos ainda a ambos pela ajuda substancial no desenvolvimento das ilustrações médicas.

Equipa de Compilação

Grupo Consultivo de Especialistas, Iniciativa de Formação em Cirurgia de Fístula da FIGO

Dr. Andrew Browning (Presidente)	Maternity Africa, Tanzânia/Barbara May Foundation, Austrália
Professor Sayeba Akhter	MAMM's Institute/Presidente Eleito da ISOFS, Bangladesh
Dr. Fekade Ayenachew	International Fistula Alliance, Etiópia
Dr. James Chapa	CCBRT, Tanzânia
Dr. Yeshineh Demrew	Addis Ababa Fistula Hospital, Etiópia
Dr. Hillary Mabeya	Gynocare Women's and Fistula Hospital, Quénia
Dr. Peter Majinge	CCBRT, Tanzânia
Dr. Vindhya Pathirana	Cradle Speciality Health Centre, Tanzânia
Dr. Thomas Raassen	Cirurgião internacional de fístulas, Quénia/Países Baixos
Professor Ajay Rane	James Cook University, Austrália

Iniciativa de Formação em Cirurgia de Fístula da FIGO, Reino Unido

Gillian Slinger	Diretora da Iniciativa de Formação em Cirurgia de Fístula Especialista Técnica, Fístula obstétrica
Lilli Trautvetter	Gestora de Projetos
Naomi Robertson	Coordenadora de Projetos

Colaborador Externo

Dr. Sandhya Gupta	James Cook University, Austrália
-------------------	----------------------------------

Editor

Clare Addington	Reino Unido
-----------------	-------------

Ilustrador Médico

Catherine Bone	Reino Unido
----------------	-------------

Introdução

O número de mulheres que vivem com fístula obstétrica ultrapassa o número de cirurgiões de fístulas dotados de conhecimento e competências necessárias para prestar cuidados adequados e de qualidade a este grupo muito vulnerável. Milhares de mulheres que atualmente vivem com uma fístula continuam a sofrer desnecessariamente por causa da persistente lacuna global no tratamento das mesmas.

Desde 2012, a Iniciativa de Formação em Cirurgia de Fístula da FIGO¹ tem vindo a desenvolver as capacidades de cirurgiões em formação para a correção de fístulas – Membros da FIGO – e de equipas multidisciplinares no sentido de realizarem reparações cirúrgicas transformadoras e cuidados holísticos a um número substancialmente maior de mulheres que sofrem de fístula obstétrica em algumas das comunidades mais carentes do mundo.

A Iniciativa de Formação teve fundamento no *FIGO and Partners Global Competency-Based Fistula Surgery Training Manual* (Manual de Formação em Cirurgia de Fístula Baseado em Competências Globais da FIGO e dos Respetivos Parceiros) (2011). Esta ferramenta importante representa o primeiro currículo de formação normalizada para cirurgia de fístula e tem sido um passo crucial no afastamento de métodos de formação mais informais do passado.

O projeto pioneiro da FIGO ocorre através da participação dos Membros em estágios formais realizados em centros de formação consagrados, seguidos por visitas de instrução intermitentes de formadores nas instalações dos Membros, para desenvolver gradual e metodicamente as respetivas competências em matéria de cirurgia e cuidados com fístulas.

O *Global Competency-Based Fistula Surgery Training Manual* e a Iniciativa de Formação² evoluíram para intervenções bem-sucedidas e impactantes entre vários parceiros, com considerável alcance global, e continuam a dar um contributo vital e crescente para reduzir a falta de tratamento.

Sobre o Novo Manual de Cirurgia de Fístula da FIGO

Após anos de utilização regular e feedback extensivo dos utilizadores, incluindo Membros, formadores e parceiros, tornou-se evidente que era necessário atualizar e adaptar o *Global Competency-Based Fistula Surgery Training Manual* de acordo com a evolução e as novas exigências de formação em cirurgia de fístula.

O manual foi compilado, desenvolvido e editado pelo Grupo Consultivo de Especialistas da Iniciativa de Formação, composto por cirurgiões de fístulas, que contribuíram para a redação e o desenvolvimento de secções específicas, em estreita colaboração com a equipa do projeto. Reconhecendo que as técnicas e práticas cirúrgicas variam, nos casos em que foram detetadas pequenas diferenças de opinião entre os especialistas, procurou obter-se o consenso da equipa de

¹ www.figo.org/what-we-do/obstetric-fistula/fistula-surgery-training-initiative

² G. Slinger, L. Trauvetter, A. Browning, A. Rane. Out of the Shadows and 6000 Reasons to Celebrate: An Update from FIGO's Fistula Surgery Training Initiative. *Int J Gynecol Obstet* (2018).

compilação. O manual também contém uma série de novas técnicas cirúrgicas, ilustrações, referências a novas publicações e recursos de aprendizagem essenciais.

O Fistula Surgery Training Manual da FIGO continua a representar a base da Iniciativa de Formação em Cirurgia de Fístula, mas também está disponível gratuitamente para utilização pela comunidade de tratamento de fístulas em geral. Independentemente de como a formação ocorrer, o manual só deve ser utilizado sob a supervisão atenta de um cirurgião especialista em fístulas.

É absolutamente essencial que cada cirurgião se certifique de que as pacientes estão no centro do seu trabalho, o que inclui realizar apenas as reparações que estiverem dentro das suas próprias capacidades cirúrgicas e, caso contrário, providenciar um encaminhamento apropriado.

Estrutura e Utilização do Manual de Formação

Para ajudar os cirurgiões de fístulas a desenvolver o conhecimento e as competências necessárias para diagnosticar e tratar pacientes de forma competente, o manual abrange todo o espectro de cuidados a ter com fístulas obstétricas e está estruturado nas seguintes secções: 1. *Visão geral da fístula genital feminina*; 2. *Cuidados clínicos pré-operatórios*; 3. *Aquisição de competências em cirurgia de fístula*; 4. *Complicações da cirurgia de fístula*; 5. *Cuidados pós-operatórios*; e 6. *Auditoria e investigação*.

Antes do início de qualquer formação cirúrgica, os cirurgiões em formação devem estudar cuidadosamente todas as secções do manual, bem como outros recursos de aprendizagem recomendados (*consulte Recursos de aprendizagem*; página 259). Juntamente com o estudo autónomo, o ensino aprofundado ministrado por um formador/cirurgião especialista em fístulas é essencial para garantir que o conteúdo é totalmente compreendido. Esta etapa deve ser seguida por uma vasta experiência prática, sob a orientação de um formador/cirurgião especialista em fístulas, permitindo ao cirurgião em formação desenvolver conhecimentos cirúrgicos.

Desenvolvimento e avaliação de competências cirúrgicas

O desenvolvimento de competências cirúrgicas é abordado em 16 módulos, que foram divididos em três níveis crescentes de competência: Nível 1 a Nível 3. Cada módulo cirúrgico inclui uma componente teórica e prática, abrangendo objetivos de aprendizagem, informações gerais de base, avaliação pré-operatória, cirurgia, complicações, cuidados pós-operatórios e orientações específicas de alta. O Módulo 17 do Nível 3 aborda conteúdos não cirúrgicos e incide sobre a gestão de um centro de tratamento de fístulas.

No final de cada módulo cirúrgico, é apresentada uma tabela de **Avaliação de Desempenho**, a qual é usada após a conclusão de cada procedimento correspondente para avaliar a capacidade e o progresso de um cirurgião em formação. As avaliações de desempenho devem ser realizadas pelo formador/cirurgião especialista em fístulas responsável, que avalia a capacidade do cirurgião em formação em relação aos respetivos critérios como insatisfatória, satisfatória ou boa. Um módulo é aprovado se as competências do cirurgião em formação forem satisfatórias ou boas para todos os critérios indicados e se forem aprovadas por um formador/cirurgião especialista em fístulas.

Cada módulo cirúrgico contém um **Livro de Registo do Módulo**³ no qual os cirurgiões em formação devem registar os procedimentos que observaram, nos quais tiveram supervisão direta ou que realizaram de forma independente. Cada entrada deve ser aprovada pelo formador/cirurgião especialista em fístulas, com detalhes de eventuais formações adicionais que possam ser necessárias.

³ Consulte o Centro de Recursos de Fístulas da FIGO (www.figo.org/fistula-resources) para obter o modelo do Livro de Registo do Módulo, caso sejam necessárias páginas adicionais.

Níveis de competência

Os cirurgiões em formação avançam nos três níveis de competência se concluírem com sucesso a avaliação de desempenho de cada módulo e se apresentarem comprovativos de realização de um número mínimo de procedimentos necessário para esse nível, conforme descrito abaixo.

Os comprovativos de reparações devem ser fornecidos sob a forma de um **Livro de Registro**⁴ meticulosamente atualizado pelo cirurgião em formação, verificado por um supervisor designado e disponível mediante solicitação, conforme necessário.

Nível 1

Para ser considerado competente para o Nível 1, um cirurgião em formação deve passar com sucesso na respetiva avaliação de desempenho dos quatro módulos do Nível 1 e realizar um mínimo de 50–100 reparações em todos os módulos do Nível 1.

Nível 2

Para ser considerado competente para o Nível 2, um cirurgião em formação deve passar com sucesso na respetiva avaliação de desempenho dos nove módulos do Nível 2 e realizar um mínimo de 200–300 reparações em todos os módulos do Nível 2.

Nível 3

Como este nível é altamente especializado, é mais adequado para cirurgiões em formação que dispõem uma parte significativa do seu tempo no tratamento de fístulas em áreas de elevada necessidade, com um volume de casos diversificado e desafiante. Para ser considerado competente para o Nível 3, um cirurgião em formação deve passar com sucesso na respetiva avaliação de desempenho dos três primeiros módulos do Nível 3, devendo o formador/cirurgião especialista em fístulas basear-se no seu critério para aprovar este nível, uma vez que não existe um número mínimo de reparações necessárias. Ao contrário dos módulos cirúrgicos, para ser considerado competente no Módulo 17/Nível 3, um cirurgião em formação deve demonstrar, em debate com o formador/cirurgião especialista em fístulas, um profundo conhecimento do processo de operação e gestão de um centro de tratamento de fístulas.

Certificado da FIGO

Embora as competências cirúrgicas possam ser adquiridas de forma independente da Iniciativa de Formação em Cirurgia de Fístula da FIGO, **apenas os cirurgiões em formação inscritos na Iniciativa podem receber um Certificado da FIGO.**

⁴ Consulte o Centro de Recursos de Fístulas da FIGO (www.figo.org/fistula-resources) para obter o modelo.

1. Visão geral da fístula genital feminina

1.1. Definição e epidemiologia

Uma fístula consiste numa comunicação anormal entre duas superfícies epiteliais, que pode ocorrer entre dois órgãos internos ocos ou tubulares, ou entre um órgão interno oco e a camada epitelial externa do corpo. Mais especificamente, uma fístula genital consiste numa comunicação da uretra, da bexiga, do uréter e/ou do reto com o útero, o colo do útero e/ou a vagina. Como tal, essas comunicações são geniturinárias e/ou retovaginais.

O trabalho de parto prolongado e obstruído não aliviado é a principal causa de fístulas vesicovaginais e fístulas retovaginais obstétricas.⁵ As fístulas retovaginais raramente ocorrem de forma isolada, pois tendem a coexistir com as fístulas vesicovaginais em casos mais graves de trabalho de parto obstruído. As fístulas combinadas ocorrem em 5%–10% dos casos.⁶

Estima-se que o trabalho de parto prolongado e obstruído leva ao parto de um nado-morto em cerca de 90%–95% das mulheres que têm uma fístula obstétrica.⁷ As mulheres em trabalho de parto obstruído negligenciado correm também o risco de morrer devido a complicações, como rutura uterina, sépsis ou hemorragia pós-parto. Quando uma mulher sobrevive, o impacto do trabalho de parto obstruído não aliviado conduz frequentemente ao desenvolvimento de uma fístula obstétrica, causando incontinência de urina e/ou fezes. Se não for tratada, a lesão permanecerá para o resto da vida da mulher, provocando imenso sofrimento e isolamento.

A fístula obstétrica ocorre mais frequentemente na África Subsaariana e no Sudeste Asiático.⁸ Como a população de pacientes com fístula obstétrica é difícil de alcançar⁹ e o problema tende a ocorrer sobretudo em países onde existe escassez de estabelecimentos de saúde, muitos casos permanecem por diagnosticar e não são devidamente notificados. Por conseguinte, é notoriamente difícil de obter taxas de incidência e prevalência de fístula obstétrica robustas, recentes e fiáveis.¹⁰ Existem muitas estimativas sobre a prevalência de fístulas.¹¹ No entanto, a estimativa mais

⁵ L.L. Wall. Obstetric Vesicovaginal Fistula as an International Public-Health Problem. *Lancet* (2006).

⁶ B. Hancock, A. Browning. *Practical Obstetric Fistula Surgery*. London: Royal Society of Medicine Press Ltd (2009).

⁷ Wall. Obstetric Vesicovaginal Fistula as an International Public-Health Problem; M. Muleta, S. Rasmussen, T. Kiserud. Obstetric Fistula in 14,928 Ethiopian Women. *Acta Obstet Gynecol Scand* (2010).

⁸ G. Slinger, L. Trautvetter. Addressing the Fistula Treatment Gap and Rising to the 2030 Challenge. *Int J Gynecol Obstet* (2020); Wall. Obstetric Vesicovaginal Fistula as an International Public-Health Problem.

⁹ M.A. Lyimo, I.H. Masha. Reasons for Delay in Seeking Treatment among Women with Obstetric Fistula in Tanzania: A Qualitative Study. *BMC Womens Health* (2019).

¹⁰ A.S. El-Azab, H.A. Abolella, M. Farouk. Update on Vesicovaginal Fistula: A Systematic Review. *Arab J Urol* (2019); Ö. Tunçalp, V. Tripathi, E. Landry, C.K. Stanton, S. Ahmed. Measuring the Incidence and Prevalence of Obstetric Fistula: Approaches, Needs and Recommendations. *Bull World Health Organ.* (2015); C. Stanton, S.A. Holtz, S. Ahmed. Challenges in Measuring Obstetric Fistula. *Int J Gynecol Obstet* (2007).

¹¹ A.J. Adler, C. Ronsmans, C. Calvert, V. Filippi. Estimating the Prevalence of Obstetric Fistula: A Systematic Review and Meta-Analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* (2013).

1. Visão geral da fístula genital feminina

1.1. Definição e epidemiologia 1.2. Etiopatogenia

comumente citada indica que cerca de dois milhões de mulheres sofrem de fístula obstétrica em todo o mundo, com 50 000 a 100 000 novos casos por ano.¹²

A lesão iatrogénica é a principal causa de fístulas do trato genital feminino em países desenvolvidos, sendo menos vezes a seqüela da lesão obstétrica.¹³ No entanto, o número de casos de fístulas iatrogénicas na África Subsaariana e no Sudeste Asiático também tem vindo a aumentar. Este aumento resulta provavelmente de uma combinação de fatores, incluindo formação e supervisão médica e obstétrica insuficientes, gestão e tomada de decisões inadequadas em matéria de trabalho de parto, aumento das cesarianas, bem como relatórios mais precisos de lesões iatrogénicas. Para ajudar ainda mais nestas últimas, T.J. Raassen *et al.* desenvolveram um sistema de categorização útil e claro da fístula iatrogénica, com as seguintes distinções: *definitivamente iatrogénica*, *provavelmente iatrogénica* e *possivelmente iatrogénica*.¹⁴ É também importante referir que as mulheres que se apresentam tardiamente nos estabelecimentos de saúde são também mais suscetíveis a lesões iatrogénicas, dado que os tecidos do aparelho reprodutor materno estão muito mais fragilizados por causa do trabalho de parto prolongado e obstruído.

1.2. Etiopatogenia

O trabalho de parto prolongado e obstruído é o principal fator etiológico para o desenvolvimento de fístula genital, causando uma "fístula obstétrica".

Nestes casos, as contrações uterinas fazem com que a cabeça do feto ou a zona de apresentação comprima cada vez mais os tecidos moles maternos do trato genital contra a pélvis óssea, principalmente contra a parte de trás dos ossos púbicos. Esta situação conduz a uma necrose isquémica dos tecidos moles intervenientes entre a bexiga/uretra e a parte afetada do trato genital. Após o parto, que geralmente resulta num nado-morto, o tecido necrótico desprende-se, formando uma comunicação direta entre duas ou mais estruturas anatómicas.

O processo tem lugar durante dias ou semanas e resulta numa fístula obstétrica. O local mais comum de lesão é na junção uretrovesical, resultante do impacto profundo da cabeça do feto e do seu encaixamento na pélvis materna durante a desproporção cefalopélvica ou o mau posicionamento da cabeça do feto. A extensão dos danos vai depender da duração do parto obstruído e da posição da cabeça do feto ou da zona de apresentação correspondente.

Quanto mais o trabalho de parto for obstruído, mais extensas serão as lesões resultantes que afetam os tecidos moles do trato genital materno e os nervos associados. As fístulas podem envolver a base da bexiga, toda a parede vaginal anterior e/ou grande parte da uretra, com um envolvimento retal que conduz a uma fístula retovaginal concomitante em casos mais graves.

¹² K. Waaldijk, Y.D. Armiya'u. The Obstetric Fistula: A Major Public Health Problem Still Unsolved. *Int Urogynecol J* (1993); G. Lewis, L. De Bernis. *Obstetric Fistula: Guiding Principles for Clinical Management and Programme Development Documents*. WHO (2006); UNFPA. *Second Meeting of the Working Group for the Prevention and Treatment of Obstetric Fistula* (2002).

¹³ C.J. Hillary, N.I. Osman, P. Hilton, C.R. Chapple. The Aetiology, Treatment, and Outcome of Urogenital Fistulae Managed in Well- and Low-Resourced Countries: A Systematic Review. *Eur Urol* (2016).

¹⁴ N. Tasnim, K. Bangash, O. Amin, S. Luqman, H. Hina. Rising Trends in Iatrogenic Urogenital Fistula: A New Challenge. *Int J Gynecol Obstet* (2020); T.J. Raassen, C.J. Ngongo, M.M. Mahendeka. Iatrogenic Genitourinary Fistula: An 18-Year Retrospective Review of 805 Injuries. *Int Urogynecol J* (2014); J. Wright, F. Ayenachew, K.D. Ballard. The Changing Face of Obstetric Fistula Surgery in Ethiopia. *Int J Womens Health* (2016).

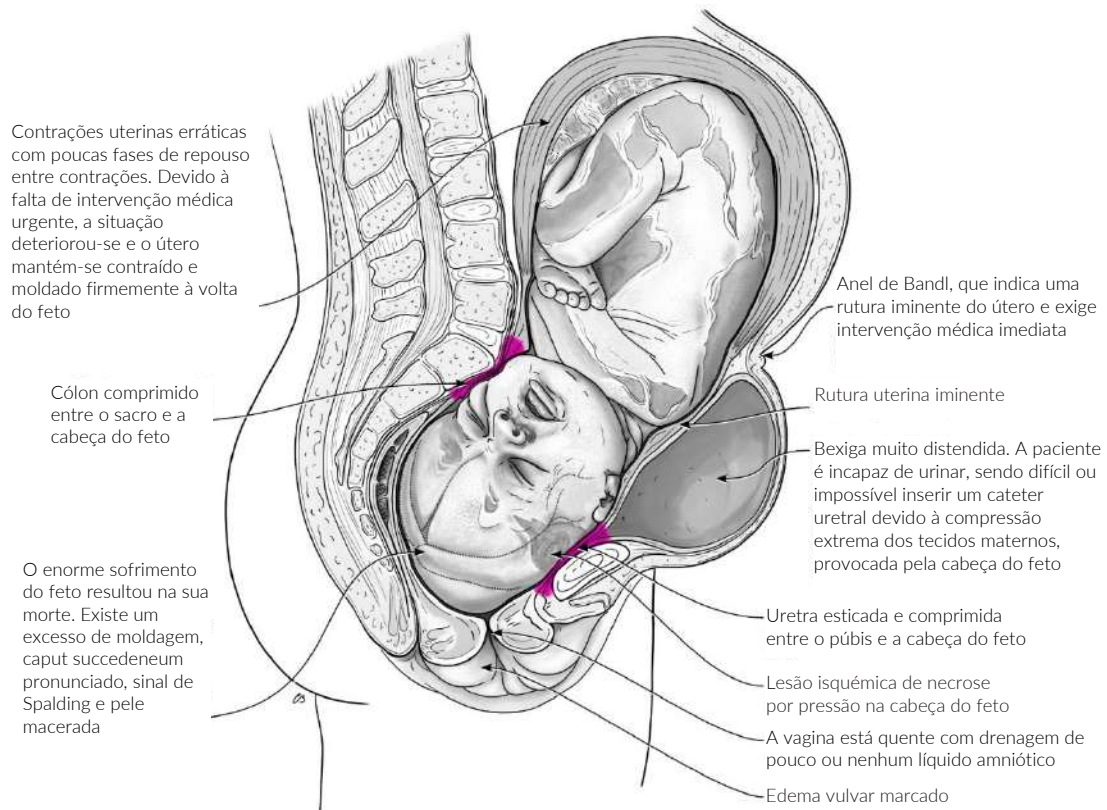


Figura 1. Sequelas maternas e fetais resultantes do trabalho de parto prolongado e obstruído. Os sinais e sintomas maternos gerais incluem febre, sépsis, sofrimento, dor, agitação e exaustão. Devido à compressão sustentada dos nervos em L4-L5 e das raízes em S1, também é provável que ocorra uma situação de pé caído materno após o parto. Uma sombra roxa representa a necrose isquêmica dos tecidos maternos resultante da pressão da cabeça do feto durante o trabalho de parto obstruído não aliviado. Estas zonas roxas apresentam um risco elevado de se tornarem fístulas obstétricas.

1.3. Fatores etiológicos

Os fatores etiológicos das fístulas genitais e de traumas relacionados são delineados abaixo nas causas obstétricas e não obstétricas.

1.3.1. Causas obstétricas

Estima-se que 90,4%–92,2%¹⁵ das fístulas genitais femininas estejam relacionadas com o parto.

1. Fístula obstétrica

- Trabalho de parto prolongado e obstruído (mais comum¹⁶)

¹⁵ M. Maheu-Giroux, V. Filippi, S. Samadoulougou, *et al.* Prevalence of Symptoms of Vaginal Fistula in 19 Sub-Saharan Africa Countries: A Meta-Analysis of National Household Survey Data. *Lancet Global Health* (2015); T.J. Raassen, E.G. Verdaasdonk, M.E. Vierhout. Prospective Results after First-Time Surgery for Obstetric Fistulas in East African Women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* (2008); P. Hilton, A. Ward. Epidemiological and Surgical Aspects of Urogenital Fistulae: A Review of 25 Years' Experience in Southeast Nigeria. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* (1998).

¹⁶ J. Kelly, H.R. Winter. Reflections on the Knowledge Base for Obstetric Fistula. *Int J Gynecol Obstet* (2007).

1. Visão geral da fístula genital feminina

1.3. Fatores etiológicos

2. **Lacerações perineais** (incluídas, porque, por norma, se devem a traumas durante o trabalho de parto e, em função do grau, podem causar incontinência fecal e de flatos e, por isso, são também tratadas por cirurgias de fístulas). Os fatores associados a um risco acrescido de desenvolvimento de lacerações perineais incluem:

- Parto vaginal rápido e descontrolado
- Parto vaginal instrumental ou assistido
- Macrossomia fetal (possível distocia de ombro durante o parto vaginal)

3. **Fístula iatrogénica**

- Cesariana, com ou sem histerectomia¹⁷ (mais comum em pacientes afetadas por atrasos, por exemplo, no acesso a estabelecimentos de saúde apropriados e/ou na sujeição a uma cesariana de emergência após a chegada)
- Instrumental ou assistido, por exemplo, parto com ventosas ou fórceps
- Procedimentos de parto vaginal destrutivos
- Remoção manual da placenta
- Defibulação em preparação para o parto
- Episiotomia
- Sinfisiotomia
- Curetagem (raramente)

1.3.2. **Causas não obstétricas**

1. **Iatrogénica**, por exemplo, causada cirurgicamente durante cirurgias ginecológicas eletivas, como histerectomia, ou resultante de uma lesão traumática, por exemplo, em dilatação e curetagem

2. **Traumática**

- Violência sexual/no coito¹⁸
- Resultante de um acidente
- Mutilação genital feminina/corte (MGF/C)
- Inserção de corpos estranhos

3. **Malignidade**, por exemplo, cancro do colo do útero em estado avançado

4. **Radioterapia**

5. **Práticas intravaginais tradicionais**, como corte gishiri, ferro quente, inserção de produtos ou objetos

6. **Doenças inflamatórias**, por exemplo, síndrome do intestino irritável, doença de Crohn

¹⁷ M. Mpunga Mafu, D.F. Banze, D. Nembunzu, *et al.* Frequency and Management of Non-Obstetric Fistula in the Democratic Republic of Congo: Experience from the Fistula Care Plus Project. *Trop Med Int Health* (2020).

¹⁸ M. Onsrud, S. Sjøveian, D. Mukwege. Sexual Violence-Related Fistulas in the Democratic Republic of Congo. *Int J Gynecol Obstet* (2009); A.O. Longombe, K.M. Claude, J. Ruminjo. Fistula and Traumatic Genital Injury from Sexual Violence in a Conflict Setting in Eastern Congo: Case Studies. *Reprod Health Matters* (2008); M. Muleta, G. Williams. Postcoital Injuries Treated at the Addis Ababa Fistula Hospital, 1991–97. *Lancet* (1999).

7. Infecção

- Tuberculose
- Linfogranuloma venéreo
- VIH
- Esquistossomose

8. Congênita (rara), incluindo extrofia da bexiga (ectopia vesicae), epispadia, uréter ectópico

1.4. Fatores de risco

Os fatores que colocam as mulheres e raparigas em maior risco¹⁹ de desenvolver uma fístula obstétrica, tanto direta como indiretamente, são:

- Falta de disponibilidade ou acesso a serviços de parto seguro e cuidados obstétricos de emergência, com parteiras e equipas médicas devidamente formadas e qualificadas.
- Pobreza, analfabetismo, falta de educação formal e desigualdade de género.
- Parto ao domicílio com parteiras não qualificadas e localização geográfica rural.
- Barreiras no acesso ao planeamento familiar e aos cuidados pré-natais, no parto e pós-natais.
- Estatura da mãe pequena, baixa ou atrofiada.
- Pélvis materna raquítica.

1.5. Prevenção de fístulas

1.5.1. Prevenção clínica

Para prevenir a fístula obstétrica é vital aumentar a disponibilidade e o acesso a serviços de saúde materna de qualidade, incluindo cuidados obstétricos de emergência. Tal deve abranger toda a gravidez e o puerpério. Em última análise, os partos devem ser assistidos por um profissional de saúde qualificado, com vigilância atenta durante o trabalho de parto através do partograma e com transferência atempada da paciente para instalações de nível superior em caso de parto obstruído. No caso de fístulas iatrogénicas, é essencial que os cirurgiões e outros profissionais de saúde recebam formação de qualidade, em especial em procedimentos ginecológicos e obstétricos, e beneficiem de um bom suporte e de instalações com capacidade adequada.²⁰

No caso de uma mulher com trabalho de parto prolongado e obstruído, um cuidado conservador com cateterismo vesical pode conduzir à cicatrização espontânea de uma potencial ou recente fístula vesicovaginal (*consulte* 2.2.1. Cuidado conservador de casos de fístula vesicovaginal de risco e recentes; página 18). Se o cuidado conservador não for bem-sucedido, um cirurgião de fístulas

¹⁹ P.M. Tebeu, J.N. Fomulu, S. Khaddaj, L. de Bernis, T. Delvaux, C.H. Rochat. Risk Factors for Obstetric Fistula: A Clinical Review. *Int Urogynecol J* (2012); L. Hawkins, R.F. Spitzer, A. Christoffersen-Deb, J. Leah, H. Mabeya. Characteristics and Surgical Success of Patients Presenting for Repair of Obstetric Fistula in Western Kenya. *Int J Gynecol Obstet* (2013); Raassen, Verdaasdonk, Vierhout. Prospective Results after First-Time Surgery for Obstetric Fistulas in East African Women; L.L. Wall, J.A. Karshima, C. Kirschner, S.D. Arrowsmith. The Obstetric Vesicovaginal Fistula: Characteristics of 899 Patients from Jos, Nigeria. *Am J Obstet Gynecol* (2004).

²⁰ P. Hilton. Trends in the Aetiology of Urogenital Fistula: A Case of 'Retgressive Evolution'? *Int Urogynecol J* (2016).

devidamente formado e qualificado deverá reparar a fístula o quanto antes, proporcionando assim um tratamento atempado e de qualidade e minimizando todo o sofrimento desnecessário. Por norma, a maioria dos cirurgiões de fístulas prefere esperar 3 meses após a formação da fístula para tentar a reparação, por forma a permitir a cicatrização dos tecidos afetados.

No caso de não existir nenhum cirurgião de fístulas disponível, a paciente deve ser encaminhada de forma apropriada. É imperativo que apenas os cirurgiões de fístulas devidamente formados e qualificados realizem reparações de fístulas, uma vez que a primeira tentativa tem mais hipóteses de sucesso.²¹ As reparações de baixa qualidade reduzem seriamente a probabilidade de a cirurgia subsequente apresentar bons resultados.

A prestação e o acesso a serviços (gratuitos) de planeamento familiar e espaçamento entre partos são importantes, tanto para prevenir a fístula obstétrica como para reduzir a probabilidade de recidiva em mulheres sujeitas a reparações no passado. As mulheres que tenham tido uma fístula obstétrica, com ou sem reparação, devem ser submetidas a uma cesariana eletiva em todas as gravidezes subsequentes. Assim, evita-se a recorrência de uma fístula obstétrica e asseguram-se bons resultados de saúde materna e neonatal. As mulheres que tenham tido uma fístula iatrogénica ou uma laceração perineal podem ser aconselhadas a tentar um parto vaginal nas gravidezes subsequentes, mas este só deve ter lugar em instalações devidamente equipadas para prestação de cuidados obstétricos de emergência abrangentes.

1.5.2. Educação para saúde em fístulas

A elevação do estatuto das mulheres e raparigas e a promoção da igualdade de género estão no centro da prevenção da fístula obstétrica. Isto começa com a igualdade de oportunidades no acesso e conclusão do ensino primário e secundário gratuito, equitativo e de qualidade²², permitindo assim que as raparigas alcancem todo o seu potencial pessoal e profissional. Receber a mesma educação que os seus pares masculinos pode permitir às mulheres e raparigas desenvolverem um forte sentido de igualdade de género e consciência dos seus direitos (humanos) e pode capacitá-las para reivindicarem esses mesmos direitos.

Outra pedra angular essencial para a prevenção de fístulas passa por melhorar o nível de educação sanitária entre todos os membros da sociedade, com particular ênfase para a necessidade de cuidados de saúde materna e reprodutiva adequados.²³ É de importância vital envolver quem têm mais poder de decisão no agregado familiar e/ou na comunidade, incluindo homens e pessoas mais velhas. A educação sanitária pode ser ministrada por uma série de grupos e indivíduos, como trabalhadores de saúde comunitários, equipas de sensibilização e embaixadores de fístulas, que muitas vezes são pacientes antigas que recuperaram de fístulas obstétricas.

A educação sanitária gratuita e abrangente deve abordar:

²¹ Hancock and Browning. *Practical Obstetric Fistula Surgery*.

²² W. Rosa, ed. Appendix: Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development. In: *A New Era in Global Health*. Springer (2018).

²³ M.N. Wegner, J. Ruminjo, J.E. Sinclair, L. Pessa, M. Mehta. Improving Community Knowledge of Obstetric Fistula Prevention and Treatment. *Int J Gynecol Obstet* (2007).

- A prevenção, a identificação e o tratamento de fístulas obstétricas.
- Uma educação sexual, reprodutiva e de saúde geral abrangente, incluindo opções no caso de uma gravidez não planejada.
- Os riscos de partos não assistidos ao domicílio (por exemplo, fístula obstétrica, hemorragia pós-parto, mortalidade materna e neonatal, etc.) e a importância de dar à luz num estabelecimento de saúde apropriado ou de, pelo menos, ter um profissional de saúde qualificado a prestar assistência, com possibilidade de transferência atempada para um hospital.
- As opções de planeamento familiar disponíveis, incluindo o adiamento da gravidez²⁴ e o espaçamento entre partos.
- Planos para um parto seguro num estabelecimento de saúde adequado.

1.6. Sistemas de classificação de fístulas obstétricas

Para ser eficaz, o sistema de classificação de fístulas obstétricas deve ser descritivo e indicativo da técnica operatória e, em termos ideais, pode servir de prognóstico para ajudar a prever o resultado cirúrgico. O sistema deve ser um instrumento fiável para facilitar a comunicação e ajudar os cirurgiões a identificar casos adequados de acordo com a respetiva capacidade cirúrgica.

Na prática atual, não existe um sistema de classificação de fístulas obstétricas universalmente aceite e normalizado, pelo que são utilizados vários modelos.²⁵ No entanto, os mais comuns são os modelos desenvolvidos por Kees Waaldijk²⁶ e Judith Goh.²⁷ Para facilitar a comunicação, os cirurgiões de fístulas devem utilizar um sistema consistente para a manutenção de registos, a seleção de casos, auditorias e estudos.

Existem também alguns termos comumente utilizados para descrever fístulas que não constituem um sistema de classificação, mas que são descritivos e, como tal, são úteis para efeitos de comunicação. As descrições podem ser baseadas em termos de local, tamanho e extensão das cicatrizes da fístula:

Local

- Uretrovaginal: ocorre a 3,5 cm do meato uretral externo.
- Lateralmente à uretra: local mais comum de uma fístula, encontrando-se na junção uretrovesical.
- Mediovaginal: a 4 cm ou mais do orifício uretral externo.
- Lateralmente ao colo do útero: adjacente ao colo uterino, mais comum em mulheres multíparas e em casos de pós-cesariana.²⁸
- Intracervical: entre a bexiga e o canal cervical, resultando quase sempre de uma cesariana.

²⁴ A.O. Tsui, A.A. Creanga, S. Ahmed. The Role of Delayed Childbearing in the Prevention of Obstetric Fistulas. *Int J Gynecol Obstet* (2007).

²⁵ J.B. Lawson. Tropical Gynaecology: Birth-Canal Injuries. *Proc R Soc Med* (1968); Lewis G. and de Bernis L. *Obstetric Fistula: Guiding Principles for Clinical Management and Programme Development Documents*.

²⁶ K. Waaldijk. Surgical Classification of Obstetric Fistulas. *Int J Gynecol Obstet* (1995).

²⁷ J.T. Goh. A New Classification for Female Genital Tract Fistula. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* (2004).

²⁸ A.M. Sih, D.M. Kopp, J.H. Tang. Association between Parity and Fistula Location in Women with Obstetric Fistula: A Multivariate Regression Analysis. *BJOG* (2016).

1. Visão geral da fístula genital feminina

1.6. Sistemas de classificação de fístulas obstétricas

- Circunferencial: mais comumente, a bexiga foi completamente separada da uretra, pelo que a continuidade do trato urinário está comprometida. A parte posterior do osso púbico pode ser facilmente palpada através da vagina no local do intervalo entre a uretra e a bexiga.
- Ureterovaginal: onde um ou mesmo ambos os ureteres drenam para o trato genital. Por norma, tratam-se de fístulas iatrogénicas após uma cesariana e/ou histerectomia.
- Cúpula: ocorre na cúpula vaginal após uma histerectomia eletiva ou de emergência.

Tamanho/diâmetro

- Minúscula: admitindo apenas uma pequena sonda.
- Pequena: <1,5 cm.
- Média: 1,5–3 cm.
- Grande: >3 cm, pode envolver a perda da maioria da parede vaginal anterior e uma perda circunferencial da junção uretrovesical.
- Extensa: perda importante da bexiga e da uretra com um intervalo enorme no meio.

Cicatrizes

A extensão das cicatrizes pode variar de mínimas para extremas. No primeiro caso, as margens da fístula são suaves e móveis, ao passo que no segundo caso, as margens são rígidas e fixas. Pode também afetar a parede lateral e posterior da vagina, dando origem a uma estenose completa em casos extremos. A estenose pode afetar a vagina proximal ou distal ou pode prolongar-se por toda a parte. O local mais comum é o interior da vagina.²⁹

1.6.1. Sistema de classificação de Waaldijk³⁰

O sistema de classificação de fístulas vesicovaginais e retovaginais de Kees Waaldijk baseia-se em danos provocados no mecanismo de continência, 0–5 cm do meato, perda circunferencial e tamanho. Pode ser utilizado para determinar o tipo de operação necessária e indica o prognóstico.

Fístulas geniturinárias (Fístulas vesicovaginais)

Classificação das fístulas de acordo com a anatomia/localização fisiológica

Tipo I	Fístulas que não envolvem o mecanismo de continência/encerramento		
Tipo II	Fístulas que envolvem o mecanismo de continência/encerramento	A Sem envolvimento uretral (sub)total	a Sem defeito circunferencial
		B Com envolvimento uretral (sub)total	b Com defeito circunferencial
Tipo III	Diversos, por exemplo, fístulas que envolvem o uréter e outras fístulas excepcionais	a Sem defeito circunferencial	a Sem defeito circunferencial
		b Com defeito circunferencial	b Com defeito circunferencial

²⁹ Hancock and Browning. *Practical Obstetric Fistula Surgery*.

³⁰ Waaldijk. *Surgical Classification of Obstetric Fistulas*.

Classificação adicional das fístulas de acordo com o tamanho

Pequena	<2 cm
Média	2-3 cm
Grande	4-5 cm
Extensa	≥6 cm

Utilização do sistema de classificação para previsão de princípios cirúrgicos

Tipo de fístula	Direção do encerramento da bexiga/uretra	Fáscia pubocervical	Encerramento da parede vaginal anterior
Tipo I	Qualquer, use o seu bom senso	Nenhuma medida especial	Adaptar-se às margens da fístula
Tipo II Aa	Transverso	Reparação transversal com ou sem fixação	Adaptação transversal
Tipo II Ab	Circunferencial término-terminal	Refixação	Adaptação transversal
Tipo II Ba	Longitudinal, com tecido uretral transversal	Fixação	Rebordo
Tipo II Bb	Longitudinal, com tecido circunferencial não uretral	Refixação	Rebordo
Tipo III	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável

Fístulas genito-anorretais (Fístulas retovaginais)

Classificação das fístulas de acordo com a anatomia/localização fisiológica

Tipo I	Fístulas proximais que não envolvem o mecanismo de continência/encerramento	a Sem estenose do reto
		b Com estenose do reto (comum)
		c Com defeito circunferencial (não comum)
Tipo II	Fístulas distais que envolvem o mecanismo de continência/encerramento	a Sem envolvimento de esfíncteres ani
		b Com envolvimento de esfíncteres ani
Tipo III	Diversos, por exemplo, fístulas intestino-uterinas após aborto instrumental	

Classificação adicional das fístulas de acordo com o tamanho

Pequena	<2 cm
Média	2-3 cm
Grande	4-5 cm
Extensa	≥6 cm

1. Visão geral da fístula genital feminina
- 1.6. Sistemas de classificação de fístulas obstétricas

Utilização do sistema de classificação para previsão de princípios cirúrgicos

Tipo	Princípios cirúrgicos
Tipo I a	Encerramento transversal do reto
Tipo I b	Encerramento transversal do reto com rutura da estenose retal
Tipo I c	Anastomose término-terminal (após rutura de estenoses); excepcionalmente, via abdominovaginal combinada com colostomia
Tipo II a	Encerramento longitudinal do anorectum
Tipo II b	Reconstrução meticulosa de todas as estruturas envolvidas
Tipo III	Depende da situação

1.6.2. Sistema de classificação de Goh³¹

O sistema de classificação de Judith Goh baseia-se no comprimento da uretra (tipos 1-4), no tamanho da fístula (a-c) e na extensão das cicatrizes (i-iii).

Fístulas geniturinárias (Fístulas vesicovaginais)

Local (distância entre o meato urinário externo e a extremidade distal da fístula)	
Tipo 1	>3,5 cm
Tipo 2	2,5-3,5 cm
Tipo 3	De 1,5 até perto de 2,5 cm
Tipo 4	<1,5 cm
Tamanho (comprimento do diâmetro maior)	
(a)	<1,5 cm
(b)	1,5-3 cm
(c)	>3 cm
Características das cicatrizes	
i	Nenhuma fibrose ou fibrose apenas ligeira (à volta da fístula e/ou vagina) e/ou comprimento vaginal >6 cm com capacidade vaginal normal
ii	Fibrose moderada ou grave (em torno da fístula e/ou vagina) e/ou comprimento vaginal reduzido e/ou capacidade vaginal reduzida
iii	Consideração especial, por exemplo, danos por radiação, envolvimento ureteral, fístula circunferencial, reparação prévia

³¹ Goh. A New Classification for Female Genital Tract Fistula.

Fístulas genito-anorretais (Fístulas retovaginais)

Local (distância entre a extremidade distal da fístula e o hímen)	
Tipo 1	>3 cm
Tipo 2	2,5–3 cm
Tipo 3	De 1,5 até perto de 2,5 cm
Tipo 4	<1,5 cm
Tamanho (comprimento do diâmetro maior)	
(a)	<1,5 cm
(b)	1,5–3 cm
(c)	>3 cm
Características das cicatrizes	
i	Nenhuma fibrose ou fibrose ligeira à volta da fístula e/ou vagina, capacidade vaginal >6 cm
ii	Fibrose moderada ou grave, capacidade vaginal <6 cm
iii	Consideração especial, por exemplo, danos por radiação, doença inflamatória, malignidade, reparação prévia

1.6.3. Prognóstico

Foram efetuados estudos com recurso aos sistemas de classificação de Waaldijk e Goh para previsão dos resultados.³² Essencialmente, em ambos os sistemas, à medida que o tipo de fístula aumenta (por exemplo, Waaldijk tipo I para tipo II Bb e Goh tipo 1ai para tipo 4ciii), o prognóstico piora.³³ Estes sistemas de classificação concentram-se sobretudo nas características da fístula que afetam o prognóstico, como o envolvimento e o comprimento da uretra, o tamanho da fístula e a extensão das cicatrizes. Estes sistemas são semelhantes a outros sistemas de classificação, como os sistemas de classificação do cancro. No entanto, existem outros fatores que potencialmente contribuem para os resultados que tendem a não ser tidos em conta, como as características e comorbilidades das pacientes, as competências do cirurgião, os procedimentos perioperatórios e os cuidados.³⁴ Os sistemas de classificação podem também ser melhorados por uma pontuação prognóstica explícita, que pode ajudar na tomada de decisões e no planeamento de reparações.³⁵ Alguns cirurgiões de fístulas utilizam sistemas de pontuação para previsão de cicatrização e

³² K. Waaldijk. The Immediate Management of Fresh Obstetric Fistulas. *Am J Obstet Gynecol* (2004); J.T. Goh, A. Browning, B. Berhan, A. Chang. Predicting the Risk of Failure of Closure of Obstetric Fistula and Residual Urinary Incontinence Using a Classification System. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* (2008).

³³ V. Frajzyngier, G. Li, E. Larson, J. Ruminjo, M.A. Barone. Development and Comparison of Prognostic Scoring Systems for Surgical Closure of Genitourinary Fistula. *Am J Obstet Gynecol* (2013).

³⁴ Frajzyngier, et al. Development and Comparison of Prognostic Scoring Systems for Surgical Closure of Genitourinary Fistula.

³⁵ Frajzyngier, et al. Development and Comparison of Prognostic Scoring Systems for Surgical Closure of Genitourinary Fistula; S.D. Arrowsmith. Urinary Diversion in the Vesico-Vaginal Fistula Patient: General Considerations Regarding Feasibility, Safety, and Follow-Up. *Int J Gynecol Obstet* (2007).

1. Visão geral da fístula genital feminina

1.6. Sistemas de classificação de fístulas obstétricas

continência com um intervalo de 5% numa escala de 5% a 95%.³⁶ Idealmente, qualquer sistema de pontuação deve ser utilizado em conjunto com o sistema de classificação de eleição.

³⁶ K. Waaldijk. *Obstetric Trauma Surgery Art and Science* (2018).

2. Cuidados clínicos pré-operatórios

Este capítulo incide sobre os cuidados clínicos da fístula obstétrica e abrange a avaliação da paciente, o cuidado conservador, os cuidados holísticos para tratamento de condições/comorbilidades associadas e o planeamento pré-operatório. Este capítulo detalha os pré-requisitos que devem ser adotados antes da cirurgia.

2.1. Avaliação da paciente

As pacientes com suspeita de fístula obstétrica são suscetíveis de apresentar alguns dos sintomas e comorbilidades enumerados abaixo. O historial completo da paciente e os respetivos exames físicos, de acordo com os critérios delineados nesta secção, devem ser devidamente aplicados para avaliar a paciente e efetuar um diagnóstico correto.

2.1.1. Complexo de lesões por trabalho de parto prolongado

Sintomas

Dependendo de a paciente ter uma fístula vesicovaginal e/ou fístula retovaginal, o principal sintoma da fístula obstétrica é a perda contínua e incontrolável de urina e/ou fezes pela vagina.

Comorbilidades associadas e consequências

Uma fístula afeta gravemente o aparelho reprodutor da mulher, bem como toda a sua saúde e o seu bem-estar.³⁷ Assim sendo, quando uma paciente apresenta uma fístula, é importante investigar a presença de possíveis consequências e comorbilidades associadas à fístula obstétrica.

Comorbilidades precoces e consequências

- Ruptura uterina.
- Sépsis.
- Alterações isquémicas nos tecidos de órgãos pélvicos.
- Danos extragenitais: danos gastrointestinais, danos nos esfíncteres anais.
- Danos ou separação da sínfise púbica.³⁸
- Cóccix fraturado.
- Danos neurológicos, pé caído resultante de danos nas raízes do nervo espinhal L5/S1.³⁹
- Morte intraparto do feto.
- Complicações fetais e neonatais: lesão cerebral isquémica hipóxica, sépsis, hemorragia intracraniana e intracerebral.

³⁷ S. Arrowsmith, E.C. Hamlin, L.L. Wall. Obstructed Labor Injury Complex: Obstetric Fistula Formation and the Multifaceted Morbidity of Maternal Birth Trauma in the Developing World. *Obstet Gynecol Surv* (1996).

³⁸ W.P. Cockshott. Pubic Changes Associated with Obstetric Vesico Vaginal Fistulae. *Clin Radiol* (1973).

³⁹ K. Waaldijk, T.E. Elkins. The Obstetric Fistula and Peroneal Nerve Injury: An Analysis of 947 Consecutive Patients. *Int Urogynecol J* (1994).

2. Cuidados clínicos pré-operatórios

2.1. Avaliação da paciente

Comorbilidades tardias e consequências

- Cicatrizes do trato genital que conduzem a uma estenose vaginal e/ou cervical, e até mesmo a hematometra.
- Problemas sexuais causados pela estenose vaginal ou oclusão; dispareunia, apareunia.
- Incompetência cervical, conduzindo à incapacidade de levar a termo eventuais gravidezes subsequentes.
- Amenorreia.
- Infertilidade secundária à síndrome de Asherman ou Sheehan.
- Infecções recorrentes do trato urinário.
- Dermatite urinária com escoriações crônicas, hiperqueratose local e ulceração secundária.
- Disfunção da bexiga, bexiga neuropática.
- Danos renais, resultantes de infecções recorrentes do trato urinário ou resultantes de uma menor estenose do uréter, que podem levar a hidronefrose e perda da função renal.
- Cálculos vesicais e vaginais devido à urina concentrada.
- Dores crônicas, por exemplo, dores pélvicas e/ou nas pernas.
- Pé caído de forma contínua.
- Contrações dos membros inferiores.

Comorbilidades raras e consequências

- Prolapso uterino.
- Pé caído em permanência.

Outras comorbilidades associadas e consequências

Para além das comorbilidades e consequências físicas, a fístula obstétrica tem um forte impacto emocional, social e económico na vida das mulheres que vivem com a condição,⁴⁰ o qual deve também ser devidamente avaliado e tratado.

- Questões de saúde mental, por exemplo, depressão, distúrbios psicológicos, pensamentos ou tendências suicidas.
- Estigma social, rejeição, separação familiar e exclusão da comunidade.
- Desnutrição.
- Anemia crónica.
- Implicações socioeconómicas graves, resultando frequentemente no aprofundamento da pobreza.

⁴⁰ L.T. Mselle, K.M. Moland, B. Evjen-Olsen, A. Mvungi, T.W. Kohi. 'I Am Nothing': Experiences of Loss among Women Suffering from Severe Birth Injuries in Tanzania. *BMC Womens Health* (2011); K. Weston, S. Mutiso, J.W. Mwangi, Z. Qureshi, J. Beard, P. Venkat. Depression among Women with Obstetric Fistula in Kenya. *Int J Gynecol Obstet* (2011); S. Ahmed, S.A. Holtz. Social and Economic Consequences of Obstetric Fistula: Life Changed Forever? *Int J Gynecol Obstet* (2007); J.K. Baragine. *Genital Fistula among Ugandan Women: Risk Factors, Treatment Outcomes, and Experiences of Patients and Spouses* [PhD thesis]. Makerere University, Kampala and Karolinska Institute, Stockholm (2015).

- Morte prematura resultante de um estado geral de saúde e nutrição deficiente ou insuficiência renal.

2.1.2. Diagnóstico

Uma história clínica detalhada e um exame físico minucioso são vitais para confirmar o diagnóstico. É importante avaliar a paciente quanto ao número, ao tamanho e à localização exata da(s) fístula(s) antes de desenvolver um plano de tratamento. Registrar e armazenar em segurança as informações da paciente, desde o primeiro contacto que manteve com um profissional de saúde e ao longo de todo o processo de tratamento, alta e acompanhamento. Isto não só assegura a continuidade dos cuidados, como também pode ajudar a monitorizar os resultados cirúrgicos, a facilitar a aprendizagem e a criar uma base de dados de registos de pacientes, bem como a realizar auditorias e possíveis estudos de investigação. A manutenção de registos deve cobrir o historial pessoal e clínico das pacientes; exames físicos; investigações e resultados; a avaliação pré-operatória, a cirurgia e os cuidados pós-operatórios; a avaliação dos resultados; aconselhamento em matéria de alta e consultas de acompanhamento após a alta.

O seguinte pode ser utilizado como referência para informações que devem ser recolhidas e registadas, embora muitos estabelecimentos já tenham os seus próprios protocolos.

Historial pessoal e obstétrico

1. **Características das pacientes:** Nome, dados de contacto, idade, estado civil e idade no casamento, se relevante, educação, profissão, membros do agregado familiar e circunstâncias atuais.
2. **Sintomas:** Principal problema, características e duração.
3. **Historial obstétrico:**
 - **Gravidez e paridade**, incluindo datas e sexo dos filhos vivos e mortos.
 - **Duração do(s) parto(s)**
 - **Local do(s) parto(s) e pessoa(s) que prestou(aram) assistência**
 - **Modo do(s) parto(s)** (por exemplo, parto vaginal espontâneo, parto instrumental ou a vácuo, parto destrutivo, sinfisiotomia, cesariana com ou sem histerectomia).
 - **Resultado(s) neonatal(ais)** (por exemplo, nascimento vivo, nado-morto, morte neonatal precoce, sexo do bebé).
 - **Outros** (por exemplo, historial de menstruação, hemorragia ou corrimento vaginal, gravidezes anteriores confirmadas e a sua evolução, incapacidade de andar corretamente após o parto, retoma da menstruação após o parto, utilização atual e passada de métodos contraceptivos, outras condições médicas ou cirurgia anterior).
 - **Historial da fístula** (por exemplo, detalhes de fístulas, reparações, instalações e resultados anteriores) para indicar se a fístula atual é nova ou antiga ou se foi reparada no passado sem sucesso.
 - **Historial médico anterior** seguido de investigações adequadas (por exemplo, alergias a medicamentos, diabetes mellitus, hipertensão, doenças cardíacas conhecidas, anemia, tuberculose, ataques de malária ou perturbações da tiroide).

2. Cuidados clínicos pré-operatórios

2.1. Avaliação da paciente

- **Historial cirúrgico anterior** (por exemplo, transfusões de sangue, complicações relacionadas com a anestesia, tipo de operações realizadas, incluindo histerectomia, complicações intraoperatórias e recomendações do cirurgião).

Exame físico

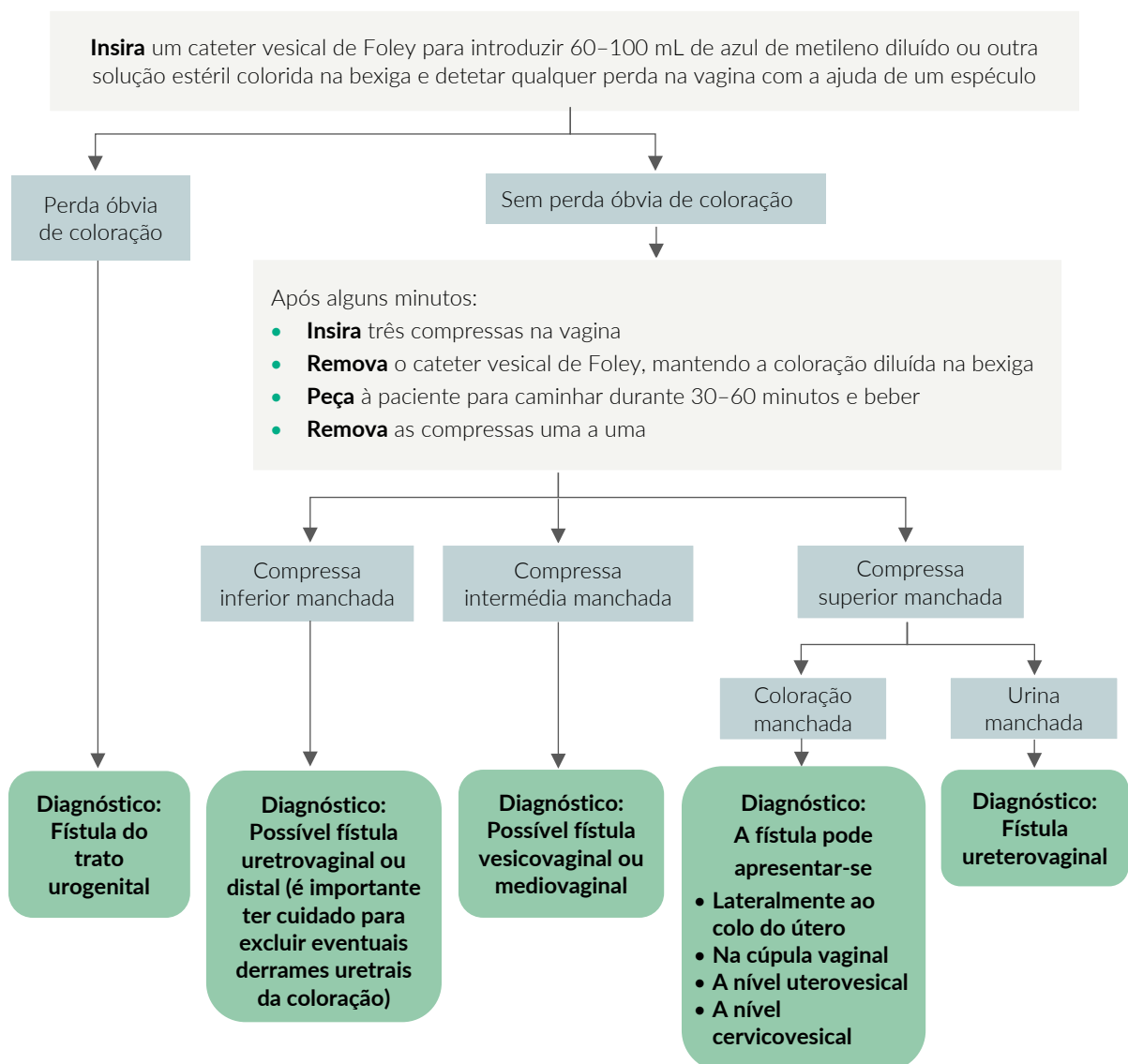
Após o registo do historial pessoal e obstétrico da paciente, é importante realizar um exame físico para diagnosticar, descrever e classificar a fístula e outras complicações relacionadas com o trabalho de parto prolongado e para identificar eventuais operações anteriores ou condições existentes que não estejam relacionadas com a fístula.

1. **Geral:** Estado nutricional, por exemplo, índice de massa corporal (IMC) ou circunferência média-superior do braço (MUAC), estado de saúde mental.
2. **Sistémico:** Revisão das funções respiratória, cardiovascular, abdominal e músculo-esquelética.
3. **Perturbações neurológicas provocadas por um trabalho de parto prolongado:** Pé caído (classe 1–5), anestesia em sela, reflexo anal e função do nervo pudendo.
4. **Exame abdominal:** Forma do abdómen, cicatrizes cirúrgicas, massas palpáveis, áreas sensíveis, excitação fluida e maciez móvel, sons intestinais.
5. **Exame da genitália externa:** Ulcerações e escoriações devido a hiperqueratose (ou seja, dermatite urinária), hemorragia, corte genital feminino, lacerações perineais, infeções sexualmente transmissíveis.
 - **Exame digital do trato genital:** O exame facilita o diagnóstico e a classificação da fístula genital feminina e das respetivas características que podem afetar o tratamento e os resultados obtidos.
 - **Permeabilidade do trato reprodutivo** (a vagina, o útero ou o colo do útero podem ser obstruídos por tecido cicatricial, o colo uterino pode estar em falta).
 - **Presença de cálculos vaginais, corpos estranhos ou lesões**, como cortes de gishiri.
 - **Localização e extensão da cicatriz vaginal** (anterior e/ou posterior), que aparece frequentemente como uma faixa de tecido cicatricial espessa na parede vaginal posterior.
 - **Número, tamanho, localização e classificação da(s) fístula(s)** de acordo com o sistema preferido (*consulte* 1.6. Sistemas de classificação de fístulas obstétricas; página 7).
 - **Comprimento uretral, se a uretra estiver envolvida, se tiver um defeito circunferencial total ou parcial e se estiver bloqueada** (se for possível palpar anteriormente a sínfise púbica óssea, significa que a uretra foi circunferencialmente afetada, ou seja, em caso de intervalo entre a uretra e a bexiga, é circunferencial).
 - **Capacidade da bexiga** (difícil de avaliar pré-operativamente, mas pode ser avaliada aproximadamente ao sondar a bexiga com um cateter de metal).
 - **Estado do esfíncter anal e reflexo anal** (por inspeção e palpação para ver se está intacto e com exame digital, pedindo à paciente para apertar para verificar a tonalidade).
 - **Teste de esforço** (se não houver nenhuma fístula óbvia, pedir à paciente para tossir e verificar sinais de incontinência urinária de esforço; este teste requer a existência de alguma urina na bexiga).

- **Teste de coloração** (permite detetar uma pequena fístula, especialmente no caso de fístulas uterovaginais, cervicovaginais e fístulas residuais uni e bilaterais do canto, que podem não ser detetadas por exame).
- **Qualquer outra anomalia do trato genital.**
- **O exame especular** ajuda a visualizar o defeito. No entanto, tal não será possível em casos de cicatrizes vaginais graves.

Teste de coloração para fístula vesicovaginal

Para diagnosticar uma fístula do trato urinário e a respetiva localização, é possível realizar um teste de coloração de acordo com o fluxograma abaixo.



Teste de coloração para fístula retovaginal

Na maioria dos casos, o diagnóstico de uma fístula retovaginal é feito após um exame digital retal e vaginal, verificando também se existe uma estenose retal e/ou um defeito circunferencial.

Ocasionalmente, se uma paciente se queixar de passar flatos ou fezes pela vagina, mas não for evidente nenhuma fístula, é necessário realizar um teste de coloração retal. Isto é mais provável se houver cicatrizes densas com faixas posteriores, de modo que a fístula retovaginal fique escondida na cicatriz.

Se for necessário realizar um teste de coloração:

- Injete 200 mL de coloração através de um cateter de Foley, introduzido em 10 cm no reto. Se necessário, para evitar que o vazamento da coloração, use uma compressa para comprimir o ânus, ou infle o balão do cateter de Foley.
- Observe a vagina para detetar eventuais perdas de coloração. Se não existirem perdas, procure realizar o teste do esfregaço (*consulte* Teste de coloração para fístula vesicovaginal; página 17). A paciente pode precisar de usar uma compressa grande para detetar eventuais perdas anais.

2.2. Cuidado conservador, cuidados holísticos e planeamento pré-operatório

2.2.1. Cuidado conservador de casos de fístula vesicovaginal de risco e recentes

Quando uma paciente apresenta ou é encaminhada pouco tempo depois de um trabalho de parto prolongado e obstruído e está em risco de ficar com uma fístula vesicovaginal recente, com ou sem sinais de incontinência urinária, o cuidado conservador (cateterismo da bexiga com um cateter de Foley residente) pode promover a cicatrização e prevenir a necessidade de uma reparação cirúrgica numa fase posterior.⁴¹

No entanto, é essencial notar que existe um período de tempo limitado em que o tratamento pode ser eficaz, com variação nas taxas de cicatrização.⁴² O cuidado conservador pode encerrar cerca de 15%–20% dos casos de fístulas vesicovaginais simples ou pequenas,⁴³ e alguns cirurgiões especialistas em fístulas afirmam que as taxas de sucesso podem ser significativamente mais elevadas, em especial se as pacientes forem tratadas imediatamente após ou poucos dias depois do parto.

Mesmo que o cuidado conservador não encerre completamente uma fístula vesicovaginal, o importante é que pode reduzir o diâmetro da fístula, facilitando assim a sua reparação cirúrgica posterior. Todos os estabelecimentos de saúde devem ter um protocolo em vigor para o cuidado conservador de casos de fístula vesicovaginal de risco e recentes, sendo que qualquer membro da equipa devidamente formado, incluindo médicos ou clínicos, parteiras e enfermeiros, pode prestar os referidos cuidados críticos. No entanto é importante notar que, por vezes, o cateter de Foley

⁴¹ Waaldijk. The Immediate Surgical Management of Fresh Obstetric Fistulas with Catheter and/or Early Closure.

⁴² M. Breen, M. Ingber. Controversies in the Management of Vesicovaginal Fistula. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* (2019).

⁴³ Lewis and de Bernis. *Obstetric Fistula: Guiding Principles for Clinical Management and Programme Development Documents*.

pode posicionar-se dentro ou passar através da fístula, mantendo-a assim aberta. Como tal, a colocação do cateter deve ser sempre verificada.

Cuidado conservador após um trabalho de parto prolongado e obstruído para casos de risco (sem perdas de urina pela vagina)

Todas as mulheres que tiverem tido um parto prolongado e obstruído, em particular as mulheres que tiverem tido um nado-morto (com ou sem cesariana), e que forem suscetíveis de ter lesões isquémicas por compressão in situ, mas que ainda **não** têm perdas de urina pela vagina, devem receber o seguinte tratamento o mais depressa possível após o parto:⁴⁴

- Insira um cateter de Foley residente (tamanho 16–18), que deve ser mantido em drenagem livre e permanecer no local durante **14 dias**.
- A paciente pode permanecer no hospital durante este período, mas também pode ter alta hospitalar se viver nas proximidades e a comunicação por telefone for viável. Todas as pacientes devem ser incentivadas a beber líquidos suficientes para garantir que a urina apresenta sempre uma tonalidade clara.
- Quaisquer infeções intercorrentes devem ser devidamente tratadas, de acordo com os protocolos locais.
- Após a remoção do cateter de Foley, se a paciente não tiver perdas de urina pela vagina nas 24 horas seguintes e puder urinar normalmente, pode assumir-se que o cuidado conservador foi bem-sucedida, ou seja, todas as lesões isquémicas cicatrizaram espontaneamente, pelo que não se formou nenhuma fístula vesicovaginal. Neste caso, a paciente pode regressar a casa com aconselhamento de rotina anterior à alta. Este deve abranger o planeamento familiar e, no caso de gravidezes subsequentes, deve garantir que os cuidados pré-natais e todos os partos futuros têm lugar em instalações com serviços de Cuidados Neonatais Obstétricos de Emergência (EmONC) disponíveis.
- Se, ao remover o cateter de Foley, a paciente tiver perdas de urina pela vagina, deve ser inserido um novo cateter de Foley. É importante verificar meticolosamente a colocação correta do cateter para garantir que o mesmo não é colocado na vagina ou através da fístula, mantendo-a assim aberta, devendo a bexiga permanecer em drenagem livre por mais **14 dias**.
- Se, ao remover o cateter de Foley após o segundo período de **14 dias**, as perdas de urina pela vagina persistirem, pode assumir-se que a paciente tem uma fístula vesicovaginal e deve ser encaminhada para um cirurgião de fístulas devidamente formado e qualificado para reparação cirúrgica. O serviço de encaminhamento deve manter um registo dos dados de contacto da paciente para esta receber apoio e cuidados adequados.

⁴⁴ Lewis e de Bernis. *Obstetric Fistula: Guiding Principles for Clinical Management and Programme Development Documents*. 34.

Cuidado conservador após um trabalho de parto prolongado e obstruído para fístulas vesicovaginais recentes

O cuidado conservador de uma fístula vesicovaginal recente é mais eficaz quando é:

- Implementada para fístulas vesicovaginais mais pequenas.
- Iniciada imediatamente ou o mais depressa possível após um trabalho de parto prolongado e obstruído, enquanto as lesões são recentes, antes da granulação do tecido.

Contudo, mesmo que passem 4-5 semanas após o parto e a paciente tenha uma fístula vesicovaginal recente, é importante experimentar sempre o cuidado conservador.

Se uma mulher tiver tido um trabalho de parto prolongado e obstruído (com ou sem cesariana) e **tiver perdas de urina pela vagina**, pode assumir-se que a paciente tem uma fístula vesicovaginal recente. Como referido acima, existe uma janela de oportunidade limitada para proporcionar um cuidado conservador nestes casos.

Por conseguinte, é extremamente importante que a paciente receba o seguinte tratamento o mais depressa possível após o parto:

- Insira um cateter de Foley residente (tamanho 16–18), que deve ser mantido em drenagem livre durante **4-6 semanas** e deve ser cuidadosamente substituído por um novo cateter a cada 10-14 dias.

N.B. Se o cateter de Foley cair ou for encontrado na vagina, pode assumir-se que a paciente tem danos de compressão extensivos e uma perda de tecido resultante, daí a existência de uma fístula vesicovaginal grande. Neste caso, devem ser oferecidos os seguintes cuidados e adotadas as seguintes medidas de higiene, após os quais a paciente deve ser encaminhada para um cirurgião de fístulas devidamente formado e qualificado para avaliação e reparação cirúrgica.

- A paciente deve permanecer no hospital durante este período e deve ser incentivada a beber líquidos suficientes para garantir que a urina apresenta sempre uma tonalidade clara.
- A paciente deve tomar banhos de assento com água salgada duas vezes por dia para limpar o períneo e a vagina.
- Em condições assépticas, um cirurgião ou profissional de saúde com formação em cuidados de fístulas deve realizar um exame especular da vagina. Todos os tecidos necróticos devem ser cuidadosamente removidos, podendo ser necessário repetir este desbridamento até que a vagina esteja saudável, sem mais evidências de necrose ou lesões necróticas.
- Quaisquer infeções intercorrentes devem ser devidamente tratadas, além de que deve ser administrada profilaxia antibiótica de rotina para infeções do trato urinário, de acordo com os protocolos locais.
- Após **4-6 semanas**, quando o cateter de Foley é retirado, se a paciente não tiver perdas de urina pela vagina nas 24 horas seguintes e puder urinar normalmente, pode assumir-se que o cuidado

conservador foi bem-sucedida e a fístula vesicovaginal cicatrizou. Neste caso, a paciente pode regressar a casa com aconselhamento de rotina anterior à alta. Este deve abranger o planeamento familiar e futuras gravidezes, incluindo a importância de cuidados pré-natais e de um parto por cesariana eletiva.

- Se, ao remover o cateter de Foley, a paciente tiver perdas de urina pela vagina, deve ser inserido um novo cateter de Foley e a bexiga deve permanecer em drenagem livre por mais **14 dias**.
- Se, ao remover o cateter de Foley após o período adicional de **14 dias**, voltarem a repetir-se perdas de urina pela vagina, pode assumir-se que a fístula vesicovaginal continua presente, pelo que a paciente deve ser encaminhada para um cirurgião de fístulas devidamente formado e qualificado para reparação cirúrgica. Não obstante, espera-se que o cuidado conservador tenha reduzido o diâmetro da fístula, tornando assim mais provável uma reparação cirúrgica bem-sucedida posteriormente. O serviço de encaminhamento deve manter um registo dos dados de contacto da paciente para garantir que esta recebe apoio e cuidados adequados.

Se o cuidado conservador falhar, não existe um consenso claro quanto ao momento ideal para a cirurgia de fístula. Enquanto alguns cirurgiões de fístulas preferem operar assim que a vagina estiver livre de tecidos necróticos e a paciente estiver apta para cirurgia, a maioria prefere esperar 2-3 meses após o desenvolvimento da fístula.⁴⁵

2.2.2. Cuidados holísticos para tratamento de condições/comorbilidades associadas

As pacientes afetadas pela fístula obstétrica sofrem inevitavelmente de múltiplas outras comorbilidades debilitantes e efeitos maléficos resultantes do trabalho de parto prolongado e obstruído. Se a paciente não estiver de boa saúde no geral, é essencial que quaisquer comorbilidades existentes que possam comprometer os resultados cirúrgicos e a recuperação da paciente sejam devidamente tratadas antes de a cirurgia ser considerada. No tratamento da fístula, é por isso recomendado adotar uma abordagem de cuidados holísticos que aborde a fístula e os problemas de saúde associados, bem como o bem-estar emocional e económico da paciente.⁴⁶ Se possível, devem ser oferecidos cuidados holísticos abrangentes desde o primeiro ponto de contacto de uma paciente com os serviços de saúde, durante toda a estadia hospitalar e, idealmente, após a alta, conforme necessário. Estes serviços melhoram significativamente a recuperação física e psicológica da paciente, bem como o seu bem-estar futuro.

Um pacote de cuidados holísticos pode ser entregue por profissionais dedicados e/ou aquando da delegação de tarefas de profissionais de saúde formados, por exemplo, enfermeiros. Em alternativa, os serviços de cuidados holísticos podem ser prestados por ou em colaboração com organizações parceiras locais. No entanto, devido à limitação ou à natureza temporária dos recursos, os serviços podem só estar parcial ou intermitentemente disponíveis nas instalações de tratamento de fístulas.

⁴⁵ Lewis and de Bernis. *Obstetric Fistula: Guiding Principles for Clinical Management and Programme Development Documents*; Waaldijk. *The Immediate Surgical Management of Fresh Obstetric Fistulas with Catheter and/or Early Closure*; Raassen, Verdaasdonk, Vierhout. *Prospective Results after First-Time Surgery for Obstetric Fistulas in East African Women*.

⁴⁶ A.M. El Ayadi, C.E. Painter CE, A. Delamou, *et al.* *Rehabilitation and Reintegration Programming Adjunct to Female Genital Fistula Surgery: A Systematic Scoping Review*. *Int J Gynecol Obstet* (2020); I.M. Campbell, I.S. Asiimwe. *Nursing Care For Women With Childbirth Injuries*. Carlisle: UCIF, FIGO (2021).

Tratamento contra a desnutrição

As pacientes moderada ou gravemente desnutridas, bem como as pacientes anémicas ou com outras condições médicas devem ser tratadas contra a desnutrição.

Muitas vezes provenientes de ambientes rurais menos favorecidos, embora específicos do contexto, muitas pacientes com fístulas estão desnutridas. Se estiverem desnutridas desde a infância, algumas apresentarão um crescimento retardado e poderão ter um desenvolvimento pélvico insuficiente, o que conduz a um risco acrescido de desproporção cefalopélvica e trabalho de parto obstruído.⁴⁷ A desnutrição também pode agravar-se em virtude do aumento da pobreza, do isolamento social e da depressão frequentemente experimentada por mulheres com fístulas.

A desnutrição não só pode aumentar o risco de uma mulher desenvolver uma fístula obstétrica, como também pode impedir um bom processo de cicatrização e recuperação pós-operatório após a reparação cirúrgica.

Por conseguinte, é importante que, para uma paciente desnutrida, a cirurgia de fístula (como todos os outros procedimentos cirúrgicos eletivos) seja adiada até que a paciente se encontre num estado de saúde e nutrição ideal.

Para preparar a paciente no pré-operatório, deve ser dada uma dieta rica em proteínas, calorias e vitaminas, com suplementos de ferro, se necessário, até que o peso da paciente aumente para um nível aceitável. Este regime deve manter-se no pós-operatório e no período de recuperação.

Fisioterapia

A fisioterapia pode ajudar a resolver uma variedade de comorbilidades relacionadas com fístulas, incluindo pé caído, contrações e fraqueza muscular, danos neurológicos, dor crónica, pequena capacidade da bexiga, fraqueza do pavimento pélvico e incontinência persistente após a cirurgia.⁴⁸

Muitas mulheres com fístula obstétrica sentem graus de dificuldade motora variáveis após o parto.⁴⁹ O trabalho de parto prolongado e obstruído pode conduzir a danos nervosos perineais provocados pela compressão para o plexo lombossacral, em particular as raízes L4–5 e S1, o que pode resultar na fraqueza muscular da perna e no pé caído.⁵⁰ Em casos muito graves, pode desenvolver-se paraplegia em algumas pacientes imediatamente após o parto, mas esta condição tende a ser temporária.⁵¹ A imobilidade pode ser agravada pela anestesia em sela, com possível

⁴⁷ T. Capes, C. Ascher-Walsh, I. Abdoulaye, M. Brodman. Obstetric Fistula in Low and Middle Income Countries. *Mt Sinai J Med* (2011).

⁴⁸ Lewis and de Bernis. *Obstetric Fistula: Guiding Principles for Clinical Management and Programme Development Documents*; L. Keyser, J. McKinney. *Implementing Physical Rehabilitation Services into Comprehensive Fistula and Maternity Care: A Training Guide for Health Care Workers*. USAID, EngenderHealth, Fistula Care Plus, Mama LLC (2020).

⁴⁹ M.K. Tennfjord, M. Muleta, T. Kiserud. Musculoskeletal Sequelae in Patients with Obstetric Fistula – a Case–Control Study. *BMC Womens Health* (2014).

⁵⁰ Hancock and Browning. *Practical Obstetric Fistula Surgery*; Waaldijk, Elkins. The Obstetric Fistula and Peroneal Nerve Injury: An Analysis of 947 Consecutive Patients.

⁵¹ Hancock and Browning. *Practical Obstetric Fistula Surgery*.

perda do reflexo anal e o desenvolvimento de feridas de pressão. Da mesma forma, também podem desenvolver-se contrações musculares dos membros inferiores se as pacientes se deitarem na mesma posição durante um longo período de tempo na esperança de interromper a incontinência e por causa da dificuldade de mobilização, se tiverem pé caído. Poderá ser necessário tratar as contrações graves com cirurgia ortopédica e fisioterapia significativa antes da reparação da fístula.

A fisioterapia é, por isso, uma componente essencial dos serviços de cuidados holísticos e pode melhorar significativamente a qualidade de vida das pacientes com fístulas.⁵² Deve ser iniciada na fase pré-operatória e continuar no pós-operatório, uma vez que a sua eficácia aumenta frequentemente com a respetiva aplicação a longo prazo.

Durante a admissão, todas as mulheres que tiverem uma fístula obstétrica (ou após um trabalho de parto prolongado e obstruído) devem ser avaliadas para definir as suas necessidades individuais em matéria de fisioterapia.⁵³ Um fisioterapeuta ou outro profissional de saúde com formação adequada estará mais apto para avaliar as pacientes e prescrever o curso de tratamento ideal.⁵⁴ No hospital, na fase de reabilitação pós-operatória, devem ser incluídos exercícios prescritos individualmente, incluindo treino adequado da bexiga passível de ser facilmente replicado em casa (*consulte* Bexiga e Programa de Líquidos; página 251), bem como aconselhamento durante a alta. É vital que as pacientes estejam conscientes da importância de continuar com as atividades de fisioterapia recomendadas durante vários meses, ou mesmo anos, para ajudar à sua recuperação.⁵⁵ O progresso das pacientes deve ser avaliado e registado ao longo de todo o processo, de preferência utilizando ferramentas de avaliação especificamente concebidas, se disponíveis,⁵⁶ devendo ser revisto em intervalos regulares, incluindo nas consultas de acompanhamento.

Cuidados psicológicos e apoio

Devido ao trauma de desenvolver e viver com uma fístula obstétrica, bem como ao parto de um nado-morto em muitos casos, um número substancial de pacientes requer cuidados e apoio psicológico extensivo.⁵⁷ O aconselhamento deve começar no primeiro ponto de contacto que a paciente tiver com os profissionais de saúde e deve continuar durante toda a estadia hospitalar e, se necessário, para além dela. Poderão ser necessários assistentes sociais, profissionais de saúde mental e psicólogos para ajudar a paciente a lidar com as consequências físicas, emocionais e sociais da fístula obstétrica e as suas múltiplas sequelas. Os cuidados psicológicos devem também

⁵² Y.J. Castille, C. Avocetien, D. Zaongo, J.M. Colas, J.O. Peabody, C.H. Rochat. One-Year Follow-up of Women Who Participated in a Physiotherapy and Health Education Program before and after Obstetric Fistula Surgery. *Int J Gynecol Obstet* (2015).

⁵³ Keyser and McKinney. *Implementing Physical Rehabilitation Services into Comprehensive Fistula and Maternity Care: A Training Guide for Health Care Workers*.

⁵⁴ Keyser e McKinney. *Implementing Physical Rehabilitation Services into Comprehensive Fistula and Maternity Care: A Training Guide for Health Care Workers*.

⁵⁵ Castille, *et al.* One-Year Follow-up of Women Who Participated in a Physiotherapy and Health Education Program Before and After Obstetric Fistula Surgery.

⁵⁶ Keyser and McKinney. *Implementing Physical Rehabilitation Services into Comprehensive Fistula and Maternity Care: A Training Guide for Health Care Workers*.

⁵⁷ Ahmed and Holtz. Social and Economic Consequences of Obstetric Fistula: Life Changed Forever?; M.H. Watt, S.M. Wilson, K.J. Sikkema, *et al.* Development of an Intervention to Improve Mental Health for Obstetric Fistula Patients in Tanzania. *Eval Prog Plann* (2015); M.H. Watt, M.V. Moshia, A.C. Platt, *et al.* A Nurse-Delivered Mental Health Intervention for Obstetric Fistula Patients in Tanzania: Results of a Pilot Randomized Controlled Trial. *Pilot Feasibility Stud* (2017).

2. Cuidados clínicos pré-operatórios

2.2. Cuidado conservador, cuidados holísticos e planeamento pré-operatório

passar por ajudar a paciente a preparar-se para o futuro, para além do hospital, e a adaptar-se de novo a uma vida positiva e gratificante na comunidade.

A ajuda psicológica especial e reforçada e o apoio higiénico são essenciais para as pacientes mais vulneráveis, incluindo as pacientes que ficam com algum tipo de incontinência persistente e as que ficam com lesões consideradas incuráveis. É vital ajudar as pacientes tão gravemente afetadas a compreender, gerir e adaptar-se à sua situação durante a permanência no hospital e após a alta, através de consultas de acompanhamento e telefonemas intermitentes por parte dos assistentes sociais, para verificar o seu bem-estar, tal como é feito pela organização não governamental local especializada, a Fistula Foundation Nigeria.⁵⁸

Durante a permanência no hospital, muitas pacientes encontram enorme consolo no apoio de pares a partir do contacto próximo e da partilha de experiências com outras pacientes com fístulas, pelo que a terapia de grupo tem demonstrado ter um efeito terapêutico significativo.⁵⁹ A partilha de traumas pode, muitas vezes, promover uma ligação profunda e muitas pacientes encontram, por isso, um conforto sem paralelo no encontro com outras mulheres que tiveram experiências semelhantes (parto prolongado, nado-morto, incontinência, isolamento social e exclusão). Desta forma, podem ser desenvolvidas ligações sociais fortes, que contribuem substancialmente para o bem-estar e a reabilitação das pacientes.

Um profissional de saúde devidamente qualificado deve também aconselhar as pacientes em matéria de saúde geral, nutrição e planeamento familiar, uma vez que isso ajudará ainda mais ao seu bem-estar geral e psicológico.

Atividades educativas e geradoras de rendimento

Como parte do pacote de cuidados holísticos, algumas instalações de tratamento também oferecem atividades educativas e geradoras de rendimento para as mulheres afetadas pela fístula, ou trabalham em estreita colaboração com grupos de mulheres ou organizações não governamentais locais capazes de prestar esses serviços. Tais atividades incluem o desenvolvimento de competências práticas, que podem ser cruciais para superar as dificuldades económicas e desenvolver um sentido de bem-estar e inclusão social.⁶⁰ Embora este tipo de atividades seja frequentemente oferecido às pacientes no período pós-operatório, também pode começar no pré-operatório, especialmente para as pacientes suscetíveis de necessitar de uma longa estadia hospitalar.

Alguns estabelecimentos de saúde também incluem programas de embaixadores de fístulas, no âmbito dos quais algumas pacientes passam a ser embaixadoras da causa para sensibilizar as suas

⁵⁸ Campaign to End Fistula [website]. Fistula NGO Receives Health Award in Nigeria (2012); Premium Times Nigeria [website]. How Thousands of Women Get VVF Treatment in North-West Nigeria (2018).

⁵⁹ O.A. Ojengbade, Y. Baba Y, I.O. Morhason-Bello, *et al.* Group Psychological Therapy in Obstetric Fistula Care: A Complementary Recipe for the Accompanying Mental Ill Health Morbidities? *Afr J Reprod Health* (2014).

⁶⁰ Comprehensive Community Based Rehabilitation in Tanzania [website]. Towards a Fistula-Free Generation; TERREWODE [website]. Social Reintegration; Catherine Hamlin Fistula Foundation [website]. Rehabilitation and Reintegration; R.H. Mohammad. A Community Program for Women's Health and Development: Implications for the Long-Term Care of Women with Fistulas. *Int J Gynecol Obstet* (2007).

comunidades para a prevenção e o tratamento da fístula obstétrica e para ajudar a identificar outras mulheres afetadas.⁶¹

É importante estar ciente de que as atividades educativas e geradoras de rendimento podem não se adequar às necessidades de todas as mulheres, pelo que a participação em tais programas deve ser oferecida, mas deve ser sempre opcional.

2.2.3. Planeamento pré-operatório

Uma vez feito um diagnóstico de fístula obstétrica e uma vez identificadas e abordadas as comorbilidades e outras condições médicas da paciente, é necessário planejar o procedimento cirúrgico adequado e preparar devidamente a paciente. O planeamento e os cuidados detalhados ajudarão a garantir que a paciente está totalmente apta para a cirurgia e que não existem contraindicações que possam afetar negativamente o seu bem-estar ou os resultados cirúrgicos.

Investigações

As seguintes investigações devem ser implementadas embora a sua extensão seja determinada pelos recursos e pelo contexto disponíveis. Todas as questões identificadas devem ser tratadas, conforme necessário, antes da cirurgia.

- **Observações da linha de base:** Temperatura, pulso, pressão arterial, peso/altura (ou circunferência média-superior do braço, MUAC).
- **Teste de gravidez:** Nota: se a paciente estiver grávida, qualquer cirurgia relacionada com fístulas deve ser adiada para depois da gravidez.
- **Testes de sangue:**
 - Hemograma completo ou hemoglobina
 - Glicemia
 - Serologia: VIH, hepatite, sífilis
 - Para algumas operações, como fístulas retovaginais altas/cicatrizadas, fístulas vesicovaginais grandes e operações abdominais significativas, é recomendado efetuar análises ao grupo sanguíneo e de compatibilidade cruzada (duas unidades), uma vez que estes procedimentos são suscetíveis de requerer transfusões de sangue
- **Exame de amostras de fezes** para óvulos e parasitas.
- **Considerar a avaliação da colostomia** para pacientes com fístula retovaginal.

Se estiverem disponíveis, os testes seguintes também podem fornecer informações úteis:

- **Teste de função renal.**
- **Ecografia** para fístulas previamente reparadas, cesarianas ou histerectomias (também pode detetar casos de hidroureter, hidronefrose, cálculos ou obstruções).
- **Cistoscopia:** embora o cistoscópio possa não estar disponível na instalação de tratamento, se existir, e embora possam não existir profissionais devidamente qualificados quanto à sua

⁶¹ Freedom From Fistula [website]. Fistula Ambassadors.

2. Cuidados clínicos pré-operatórios

2.2. Cuidado conservador, cuidados holísticos e planeamento pré-operatório

utilização, é possível realizar uma cistoscopia para confirmar o lado e o local da lesão numa fístula ureterovaginal. Por vezes, é importante colocar stents no uréter em caso de fístula ureterovaginal precoce. Uma cistoscopia pode também confirmar a presença e o local de uma fístula vesicovaginal pequena e a proximidade dos ureteres em relação à mesma. Pode ainda confirmar a presença de uma fístula uterovesical em caso de menúria.

- **Urograma intravenoso** para avaliar a excreção/função renal em caso de suspeita de envolvimento ureteral e fístula.

Abordagem cirúrgica

Após a fase de planeamento pré-operatório, deve ser tomada uma decisão quanto à abordagem cirúrgica mais apropriada, devendo a paciente ser informada em conformidade. Dependendo do tipo de fístula e da lesão associada, a abordagem cirúrgica poderá ser vaginal ou abdominal e, ocasionalmente, combinada.

No caso de uma reparação abdominal, poderá ser útil perguntar à paciente se gostaria de laquear as trompas ou efetuar uma tubectomia (esta última reduzirá também a hipótese de carcinoma ovariano) na mesma operação, no caso de não desejar ter mais filhos.

Preparação da paciente

- Certifique-se de que a paciente está apta para cirurgia, sem comorbilidades.
- Certifique-se de que a paciente foi devidamente aconselhada e deu um consentimento informado, com base em resultados físicos anteriores, pelo que tem expectativas realistas em relação aos resultados cirúrgicos.
- Todas as pacientes devem receber um anti-helmíntico, como o mebendazol.
- Rape a área cirúrgica de acordo com os protocolos locais e a preferência do cirurgião.
- Preparação intestinal:
 - No caso de fístulas do trato urinário: por norma, a preparação intestinal completa não é uma necessidade pré-operatória, mas esta prática varia e depende da preferência individual do cirurgião.
 - No caso de fístulas retovaginais, o intestino deve ser preparado adequadamente, de acordo com a preferência do cirurgião, para garantir que a paciente tem o intestino vazio antes da operação. Por norma, esta preparação inclui uma dieta líquida e enemas de manhã e à noite no dia anterior à cirurgia. Se a paciente estiver a amamentar, a dieta poderá ser alterada de líquidos transparentes para líquidos espessos, ou até mesmo uma dieta leve.
 - A paciente deve estar em jejum a partir da meia-noite da noite anterior à cirurgia.

No dia da cirurgia:

- Preparação intestinal: alguns cirurgiões preferem que a paciente faça um enema pré-operatório no dia da cirurgia. Isto é mais comum para casos de fístulas retovaginais, mas é opcional para casos de fístulas vesicovaginais (de acordo com a preferência do cirurgião). Em todos os casos, deve ser sempre pedido à paciente para evacuar o intestino imediatamente antes de ir para o bloco operatório. A evacuação ideal do conteúdo intestinal e dos líquidos do

enema é sempre importante, pois é frequente ocorrerem derrames quando a anestesia começa a fazer efeito, devendo ser acautelada a sujidade do campo cirúrgico.

- A pré-medicação deve ser administrada de acordo com a vontade do anestesista e do cirurgião.
- Insira uma infusão/cânula intravenosa e hidrate previamente a paciente antes da anestesia espinal.

3. Aquisição de competências em cirurgia de fístula

Nível 1

Índice

Módulo 1 Lacerações perineais	29
Avaliação de Desempenho – Lacerações perineais	34
Livro de Registro do Módulo – Lacerações perineais.....	38
Módulo 2 Fístula vesicovaginal simples	39
Avaliação de Desempenho – Fístula vesicovaginal simples.....	44
Livro de Registro do Módulo – Fístula vesicovaginal simples	49
Módulo 3 Fístula retovaginal simples	50
Avaliação de Desempenho – Fístula retovaginal simples.....	56
Livro de Registro do Módulo – Fístula retovaginal simples	60
Módulo 4 Fístula vesicovaginal da cúpula vaginal pós-histerectomia	61
Avaliação de Desempenho – Fístula vesicovaginal da cúpula vaginal pós-histerectomia.....	67
Livro de Registro do Módulo – Fístula vesicovaginal da cúpula vaginal pós-histerectomia	72

Módulo 1 Lacerações perineais

Objetivos de aprendizagem

No final deste módulo, os formandos devem ser capazes de:

1. Definir e identificar os diferentes graus de laceração perineal.
2. Descrever a avaliação pré-operatória, os passos cirúrgicos e os cuidados pós-operatórios das lacerações perineais.
3. Reparar as lacerações perineais de terceiro e quarto grau.
4. Descrever as principais complicações da cirurgia de laceração perineal e os respetivos cuidados.

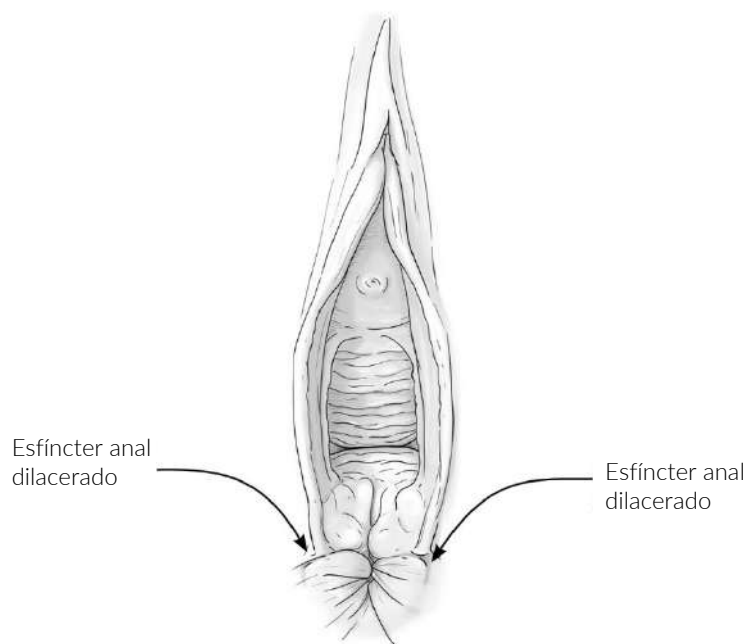


Figura 2. Vista frontal de laceração de quarto grau.

As lacerações perineais ocorrem normalmente durante o parto. As lacerações sofridas durante o parto também podem ocorrer dentro da vagina ou noutras partes da vulva, incluindo nos lábios. É muito comum que as mulheres que foram mães pela primeira vez e tiveram um parto vaginal experimentem algum tipo de laceração, rasgão ou episiotomia.

As lacerações perineais podem ser divididas em quatro categorias:

Primeiro grau: apenas na pele da vagina e/ou do períneo.

Segundo grau: na pele e nos músculos levantadores/no corpo perineal.

O terceiro grau pode ser subdividido em:

3a: na pele, no levantador/corpo perineal e em <50% do esfíncter anal externo.

3b: na pele, nos músculos levantadores/no corpo perineal e em >50% do esfíncter anal externo.

3c: no esfíncter anal externo e interno.

Quarto grau: na pele, nos músculos levantadores/no corpo perineal, no esfíncter anal externo e interno e na mucosa anal e, em casos extensivos, também na mucosa retal.

Invariavelmente, o tipo ou grau de laceração perineal que é apresentado ao cirurgião de fístulas é a laceração de quarto grau.

Avaliação pré-operatória

Historial: O historial típico não é de um trabalho de parto longo e obstruído. Pelo contrário, trata-se normalmente de um trabalho de parto precipitado com um bebé vivo. A laceração pode ou não ter sido identificada no momento do parto e pode ou não ter sido suturada. Infelizmente, se tiver sido suturada, é muitas vezes suturada incorretamente, deixando a paciente sintomática. Os sintomas habituais são de incontinência de flatos, incontinência de fezes moles e incontinência fecal. Em casos raros, a pele anterior forma uma ponte de cicatriz apertada sobre o orifício anal anterior, podendo deixar a paciente continente. A paciente também pode queixar-se de uma vagina aberta que deseja ter reparada.

Diagnóstico: As lacerações perineais apresentam-se normalmente a uma unidade de tratamento de fístulas como uma condição crónica. As pacientes podem só procurar ajuda meses ou anos após a ocorrência da lesão. As lacerações perineais requerem pouca investigação e podem ser facilmente diagnosticadas apenas por inspeção, auxiliadas por vezes pela palpação. Ao inspecionar o períneo, existe um defeito óbvio, com o epitélio da vagina a ser contínuo com o epitélio do ânus, sem intervenção do esfíncter anal e do corpo perineal. A extremidade do esfíncter anal pode ser claramente visualizada ao nível de uma covinha na pele perineal. Por norma, esta coincide com uma terminação das dobras da pele radial que normalmente irradiam para fora da margem anal. Se for visível uma ponte cutânea, esta pode ser palpada entre o dedo e o polegar. Nenhum esfíncter anal ou corpo perineal será palpável entre os dedos palpadores.

Planeamento e cuidados: Ao planear a reparação cirúrgica de uma laceração perineal, é importante preparar o intestino adequadamente, de acordo com as instruções específicas do cirurgião, para garantir que a paciente tem o intestino vazio antes da operação. Por norma, esta preparação inclui uma dieta líquida e enemas de manhã e à noite no dia anterior à cirurgia, seguido por jejum a partir da meia-noite na noite anterior à cirurgia. Se a paciente estiver a amamentar, a dieta pré-operatória pode ser alterada de líquidos claros para líquidos espessos, ou até mesmo uma dieta leve. Em casos raros, é necessária uma colostomia para gerir as lacerações perineais.

Para obter mais informações, consulte 2. Cuidados clínicos pré-operatórios; página 13

Cirurgia

A reparação cirúrgica visa restaurar a anatomia e a função fisiológica normais.

1. Administre uma anestesia espinal, se for o caso.
2. Administre antibióticos profiláticos adequados, de acordo com a disponibilidade e a preferência do cirurgião. Recomenda-se a inclusão de 500 mg de metronidazol por via intravenosa no regime de profilaxia. Por norma, os antibióticos são administrados imediatamente antes da operação, ao mesmo tempo que a anestesia.

3. Posicione a paciente em posição de litotomia.
4. Após a preparação e a colocação dos campos cirúrgicos, assegure uma boa exposição e infiltração para hemostasia. Alguns cirurgiões, mas não todos, realizam uma hidrodissecção (solução salina estéril ou uma mistura de lidocaína e adrenalina). Se for realizada corretamente, esta abre os planos para facilitar a dissecção e, se for utilizada adrenalina, também reduz a perda de sangue. É importante realizar a infiltração no plano correto: não aplique solução salina indiscriminadamente em todos os tecidos do campo cirúrgico e em planos incorretos.
5. Mobilize a vagina, a pele perineal, a mucosa anal e/ou retal, o corpo perineal e o esfíncter anal.
6. Repare a mucosa intestinal com duas camadas de suturas interrompidas da musculatura, que é inevitavelmente o esfíncter anal interno a este nível.
7. Repare o esfíncter externo, utilizando a técnica término-terminal ou de sobreposição. Ao longo dos anos, verificou-se uma mudança para a técnica de sobreposição, mas são poucos os indícios que sugerem que esta seja de alguma forma benéfica a longo prazo. Contudo, sugere-se a utilização de uma sutura de absorção lenta, nomeadamente uma sutura de polidioxanona 2-0 (PDS), se disponível.
8. Reconstrua o corpo perineal. Sugere-se que, também neste caso, seja utilizada uma sutura de absorção lenta (PDS), mas uma sutura de ácido poliglicólico é adequada se a PDS não estiver disponível.
9. Repare a vagina e a pele perineal com uma sutura de absorção mais rápida. A sutura de ácido poliglicólico é mais comumente utilizada.
10. Proteja a ferida com gaze, que pode ser coberta com iodo ou vaselina.
11. Insira um cateter de Foley para manter a bexiga em drenagem livre.

Recurso de aprendizagem essencial: Série de reparação de fístulas de Andrew Browning [Episode 2 Perineal Tear Repair and Variations](#).

Passos Cirúrgicos Críticos

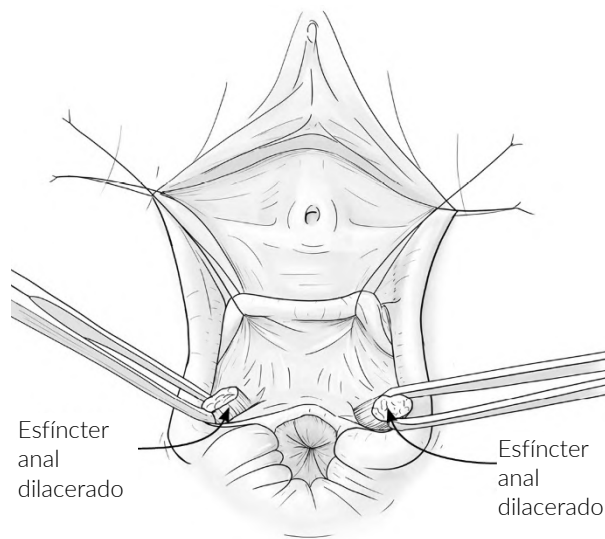


Figura 3. Dissecção e apreensão da extremidade do esfíncter anal dilacerado com pinças de Allis.

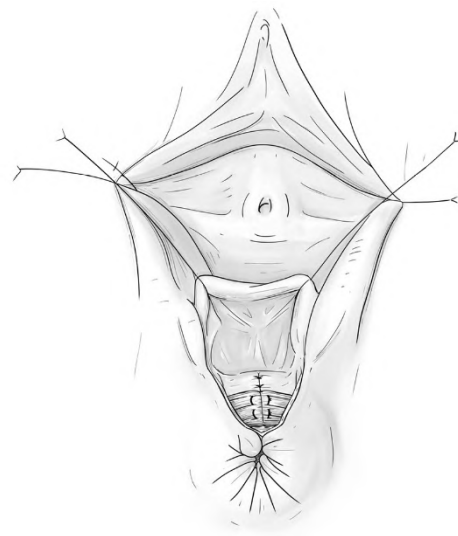


Figura 4. Reto/ânus reparado e esfíncter suturado em conjunto.

Complicações

- Devido ao risco de contaminação fecal, existe um risco elevado de infecção, que pode ser evitado em grande parte com a adoção de uma boa técnica asséptica e o recurso a antibióticos profiláticos.
- É possível que no ápice da laceração ocorra uma fístula retovaginal. Isto acontece se o ápice não for fechado corretamente e ocorrer uma perda de fezes subsequente.
- Uma complicação adicional pode ocorrer se o esfíncter anal não for identificado e/ou reparado corretamente, ou se as extremidades do esfíncter se afastarem durante a fase de cicatrização. Se isso ocorrer, a paciente irá apresentar uma incontinência de flatos, geralmente com fezes moles, por vezes com fezes formadas, com sujidade regular. Tal pode ser identificado a partir do historial da paciente e, posteriormente, mediante exame. O períneo poderá parecer normal em tamanho, mas a pele sobre o esfíncter anterior é lisa em vez de ter as dobras da pele radial, indicando um músculo tenso por baixo. No caso de existir uma fístula retovaginal no ápice e/ou do esfíncter se rasgar, a operação deverá ser repetida.

Para obter mais informações, consulte 4. Complicações da cirurgia de fístula; página 238

Cuidados pós-operatórios

Cateterismo e higiene: No pós-operatório, o cateter de Foley deve permanecer no lugar, em drenagem livre, e ser removido no dia seguinte, juntamente com o penso de gaze. Depois de cada movimento intestinal, o local de reparação deve ser lavado e seco para evitar fezes na ferida.

Dieta: Após a reparação cirúrgica de uma laceração perineal, é extremamente importante impedir a ocorrência de obstipação, para evitar empurrar com força fezes duras pela sutura, o que arriscaria danos nos tecidos em cicatrização e uma possível falha do procedimento. Após a operação, a paciente pode beber no próprio dia e consumir líquidos espessos no dia seguinte. É possível iniciar uma dieta leve a partir do segundo dia de pós-operatório, antes de reintroduzir uma dieta normal a partir do terceiro dia. Para garantir que a paciente não fica obstipada, deve ser prescrito um laxante (bisacodil) no início da dieta leve, devendo a toma continuar por 1 semana. Pare o laxante se as fezes se tornarem demasiado fluidas.

Avaliação de resultados cirúrgicos: Teste a continência perguntando o historial e perguntando se ocorreu algum episódio de incontinência de flatos, fezes e sujidade fecal. Inspeccione a ferida para verificar o processo de cicatrização e qualquer vestígio de sujidade fecal do períneo, o que pode indicar incontinência anal ou má higiene pessoal.

Para obter mais informações, consulte 5. Cuidados Pós-Operatórios; página 244

Conselhos específicos de alta

Os seguintes conselhos específicos devem ser comunicados à paciente (bem como ao(s) respetivo(s) acompanhante(s), se for o caso) antes da alta:

- A importância de comparecer nas consultas de acompanhamento pós-operatório.
- Continuar os exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico, conforme as instruções.
- Que poderá ser possível fazer o parto vaginal no futuro com uma profissional competente em matéria de partos, como uma parteira, e com uma episiotomia profilática. O parto deverá ter lugar num estabelecimento onde haja um profissional médico qualificado para reconhecer e reparar uma lesão do esfíncter anal, se necessário. No entanto, alguns cirurgiões recomendam uma cesariana eletiva para todos os partos futuros após uma laceração perineal de terceiro ou quarto graus.

Para obter mais informações, consulte 5.4. Conselhos antes da alta; página 252

Avaliação de Desempenho – Lacerações perineais

A Avaliação de Desempenho é utilizada em todos os módulos para avaliar as competências e o progresso dos formandos. Tem de ser **preenchida, assinada e datada pelo formador**.

	Insatisfatória	Satisfatória	Boa
Geral			
1. Planeamento e preparação	Diagnóstico incorreto com investigações e preparação pré-operatória inadequadas	Diagnóstico correto com investigações e preparação pré-operatória adequadas, mas com alguns erros	Diagnóstico correto com investigações e preparação pré-operatória adequadas
2. Aconselhamento e consentimento	Aconselhamento insuficiente e obtenção de consentimento após solicitação	Aconselhamento adequado e obtenção de consentimento	Aconselhamento correto da paciente e obtenção de consentimento
3. Passos cirúrgicos padrão	Necessitou de uma orientação considerável para seguir os passos cirúrgicos padrão	Necessitou de alguma ajuda para seguir os passos cirúrgicos padrão	Seguiu os passos cirúrgicos padrão de forma independente e satisfatória
4. Fluxo da operação e planeamento antecipado	Paragens/hesitações regulares com planeamento antecipado insuficiente	Progressão adequada, mas com alguma hesitação no planeamento futuro	Boa progressão e bom planeamento antecipado
5. Conhecimento e manuseamento de instrumentos	Manuseou mal os instrumentos e necessitou de ajuda significativa na seleção dos mesmos	Necessitou de ajuda ocasional no manuseamento e seleção de instrumentos	Manuseou bem os instrumentos e selecionou os instrumentos apropriados
6. Respeito pelos tecidos	Pouco respeito pelos tecidos e/ou ajuda necessária para encontrar planos de tecidos adequados	Respeito adequado pelos tecidos, tendo encontrado planos de tecidos adequados	Respeito satisfatório pelos tecidos, tendo encontrado facilmente os planos de tecidos adequados

7. Suturas e nós	Suturas colocadas de forma imprecisa ou remoção e substituição repetida da agulha nos tecidos para uma colocação correta. Nós soltos e inseguros	Colocação adequada de suturas e nós	Suturas colocadas de forma precisa, com nós adequados
8. Utilização técnica de assistentes	Utilização incorreta dos assistentes	Utilização correta dos assistentes na maior parte do tempo	Utilização sempre correta dos assistentes
9. Relações com a paciente e a equipa cirúrgica	Comunicação e respeito pela paciente e pela equipa cirúrgica inadequados	Boa comunicação e respeito pela paciente e pela equipa cirúrgica na maior parte do tempo	Excelente comunicação e respeito pela paciente e pela equipa cirúrgica
10. Perspicácia e atitude	Compreensão limitada dos próprios pontos fortes e fracos	Compreensão intermédia dos próprios pontos fortes e fracos	Boa compreensão dos próprios pontos fortes e fracos
Especificidade do procedimento			
11. Compreensão da patologia	Compreensão inadequada das lacerações perineais	Compreensão adequada das lacerações perineais	Boa compreensão das lacerações perineais
12. Passos cirúrgicos específicos para a reparação de lacerações perineais	Conhecimento limitado ou incorreto dos passos cirúrgicos específicos para a reparação de lacerações perineais	Conhecimento correto, mas incompleto dos passos cirúrgicos específicos para a reparação de lacerações perineais	Bom conhecimento dos passos cirúrgicos específicos para a reparação de lacerações perineais
13. Identificação dos tecidos corretos, com especial atenção para os esfíncteres anais internos e externos	Indicações e/ou ajuda necessárias para identificar os tecidos corretos	Identificação correta dos tecidos, com alguma ajuda necessária	Identificação precisa e independente dos tecidos

14. Mobilização da vagina, da pele perineal, da mucosa anal e/ou retal, do corpo perineal e do esfíncter anal	Mobilização inadequada	Mobilização adequada	Boa mobilização
15. Reparação da laceração perineal, com especial atenção para os esfíncteres anais internos e externos	Ajuda necessária para efetuar a reparação	Reparação adequada, com algumas indicações necessárias	Boa reparação efetuada de forma independente
16. Documentação do procedimento	Documentação escrita insuficiente	Documentação suficiente, mas com algumas omissões	Documentação clara e abrangente, com todas as informações necessárias
Complicações			
17. Compreensão de eventuais complicações, incluindo a forma de identificar e gerir as mesmas	Compreensão limitada das complicações e/ou falta de clareza dos respetivos cuidados	Compreensão adequada das complicações e planos para os respetivos cuidados	Boa compreensão das complicações, com planos de cuidados claros
Cuidados pós-operatórios			
18. Planeamento dos cuidados pós-operatórios, incluindo o cateterismo e a dieta	Planeamento inadequado dos cuidados pós-operatórios	Planeamento adequado dos cuidados pós-operatórios	Bom planeamento dos cuidados pós-operatórios
19. Conhecimento dos testes de continência e avaliação dos resultados	Conhecimento limitado dos testes de continência e da avaliação dos resultados	Conhecimento adequado dos testes de continência e da avaliação dos resultados	Bom conhecimento dos testes de continência e da avaliação dos resultados

Comentários de acordo com a avaliação de desempenho	Aprovação (S/N)	Assinatura do formador e data
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

Módulo 2 Fístula vesicovaginal simples

Para obter mais informações, consulte 2.2.1. Cuidado conservador de casos de fístula vesicovaginal de risco e recentes; página 18

Objetivos de aprendizagem

No final deste módulo, os formandos devem ser capazes de:

1. Explicar as características das fístulas vesicovaginais simples.
2. Descrever a avaliação pré-operatória, os passos cirúrgicos e os cuidados pós-operatórios das fístulas vesicovaginais simples.
3. Reparar fístulas vesicovaginais simples.
4. Descrever as principais complicações da cirurgia de fístula vesicovaginal simples e os respetivos cuidados.

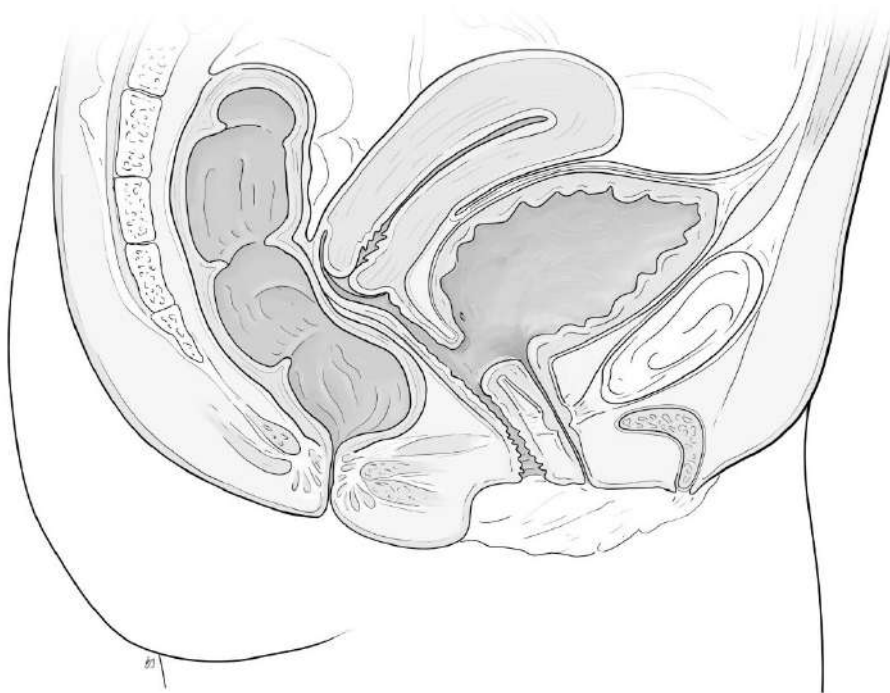


Figura 5. Corte transversal de uma fístula vesicovaginal simples.

Uma fístula vesicovaginal obstétrica consiste numa lesão por compressão que resulta de um trabalho de parto prolongado e obstruído, provocando uma abertura anormal entre a vagina e a bexiga. Embora não exista uma definição universal de "fístula simples", uma fístula pode ser considerada simples quando:

- For de fácil acesso.
- Não for circunferencial.
- Os orifícios ureterais se encontrarem dentro da bexiga e confortavelmente afastados da margem da fístula.

- Não envolver o mecanismo de continência.
- Não tiver cicatrizes ou tiver cicatrizes mínimas.
- Tiver menos de 2 cm de diâmetro.
- Não registar nenhuma perda significativa de tecido da bexiga urinária.
- Tiver apenas uma fístula.
- Ainda não tiver sido tentada nenhuma reparação.

Por norma, uma fístula localizada na base da bexiga é considerada mais simples de reparar do que as fístulas uretrais, da cúpula vaginal, laterais ao colo do útero e intracervicais. Embora uma fístula possa parecer simples no início, pode tornar-se evidente durante a reparação que é mais complicada do que inicialmente se pensava, ou vice-versa. Uma fístula simples pode resultar de lesões que não são graves, por exemplo após um trabalho de parto obstruído de duração mais curta.

Avaliação pré-operatória

Historial: Como mencionado acima, as fístulas vesicovaginais simples resultam geralmente de um trabalho de parto prolongado e obstruído, muitas vezes com duração superior a 2 dias e resultando num nado-morto, que é mais suscetível de ser do sexo masculino (por norma, os bebés do sexo masculino são ligeiramente maiores). Nesses casos, a incontinência urinária total começa geralmente alguns dias após o parto. Contudo, as fístulas vesicovaginais muito pequenas podem apresentar sintomas de incontinência de esforço, com perdas intermitentes provocadas por tosse, espirros ou quando a bexiga está cheia.

Diagnóstico: Quase todos os casos de fístulas vesicovaginais simples podem ser diagnosticados graças ao historial e mediante exame. Em caso de dúvida, deverá ser realizado um teste de coloração.

Planeamento e cuidados: A paciente deve estar em jejum a partir da meia-noite da noite anterior à cirurgia. Por norma, a preparação intestinal completa não é necessária para a fístula do trato urinário, mas deve ser pedido à paciente para evacuar o intestino imediatamente antes de ir para o bloco operatório. No entanto, esta prática varia e depende da preferência individual do cirurgião.

Para obter mais informações, consulte 2. Cuidados clínicos pré-operatórios; página 13

Cirurgia

A reparação deste tipo de fístula pode ser menos desafiante do que outros tipos. No entanto, requer muito cuidado e delicadeza. Os princípios básicos da reparação devem ser sempre seguidos. É importante notar que a primeira tentativa de reparação oferece à paciente a melhor hipótese de obter um resultado positivo. Por conseguinte, se um cirurgião não se sentir confiante em encerrar a fístula, a paciente deverá ser encaminhada para um cirurgião de fístulas mais experiente.

Os princípios cirúrgicos básicos são os seguintes:

1. Administre um anestésico, se for o caso.

- Administre antibióticos adequados, de acordo com a disponibilidade e a preferência do cirurgião. Por norma, estes são administrados imediatamente antes da operação, ao mesmo tempo que a anestesia.
- Coloque a paciente em posição de litotomia exagerada com as nádegas consideravelmente sobre o limite da mesa cirúrgica e em posição de Trendelenburg acentuada.
- Após a preparação e a colocação dos campos cirúrgicos, exponha e delinieie corretamente a fístula antes de proceder à cirurgia.
- Alguns cirurgiões, mas não todos, realizam uma hidrodissociação (solução salina estéril ou uma mistura de lidocaína e adrenalina). Se for realizada corretamente, esta abre os planos para facilitar a dissecação e, se for utilizada adrenalina, também reduz a perda de sangue. É importante realizar a infiltração no plano correto: não aplique solução salina indiscriminadamente em todos os tecidos do campo cirúrgico e em planos incorretos.
- Identifique os ureteres e, se estiverem próximos da margem da fístula, proceda ao respetivo cateterismo com cateter(es) ureteral(is) para os proteger de lesões diretas ou da respetiva laqueação/inclusão na sutura.
- Faça uma incisão à volta da fístula através do epitélio vaginal e estenda a incisão lateralmente a partir de cada ângulo. Em seguida, mobilize a bexiga da vagina, do colo úterino e da parede pélvica lateral. A mobilidade deve ser suficientemente ampla para garantir um encerramento sem tensão.
- Fixe os ângulos da fístula apenas lateralmente a cada margem. Tome os pontos interrompidos adequados da musculatura, garantindo que são fortes e que o seu tamanho não diminui o tamanho da bexiga. A ideia de suturar a musculatura consiste em inverter o epitélio vesical para o lúmen da bexiga. Uma sutura de ácido poliglicólico 2-0 é mais comumente utilizada.
- Se ainda não tiver sido inserido nenhum cateter de Foley, insira-o agora e encha o balão do cateter com 5 mL de líquido estéril. Realize um teste de coloração de rotina após a reparação para confirmar o sucesso do encerramento e excluir quaisquer fístulas adicionais. Deixe o cateter de Foley in situ para manter a bexiga em drenagem livre.
- Execute o encerramento da vagina sem tensão, evitando puxar o meato uretral. Uma sutura de ácido poliglicólico 2-0 é mais comumente utilizada.
- Caso tenha realizado uma episiotomia, suture a mesma e remova as suturas labiais.
- Insira um tampão vaginal estéril para reduzir o risco de hemorragia e a formação de hematomas e remova-o no dia seguinte. Por norma, o tampão é feito de gaze impregnada de iodo ou vaselina. Não deve colar e deve ser suficientemente firme para reduzir a hemorragia, mas não demasiado firme ao ponto de causar dor ou danos nos tecidos.

Quando um cirurgião de fístulas devidamente formado e qualificado segue os princípios acima referidos, a maioria das reparações de fístulas simples são bem-sucedidas, ou seja, a fístula é encerrada e a paciente fica continente no que toca à urina.

Recurso de aprendizagem essencial: Série de reparação de fístulas de Andrew Browning [Episode 1 Basic Principles: Tricks & Traps](#).

Passos Cirúrgicos Críticos

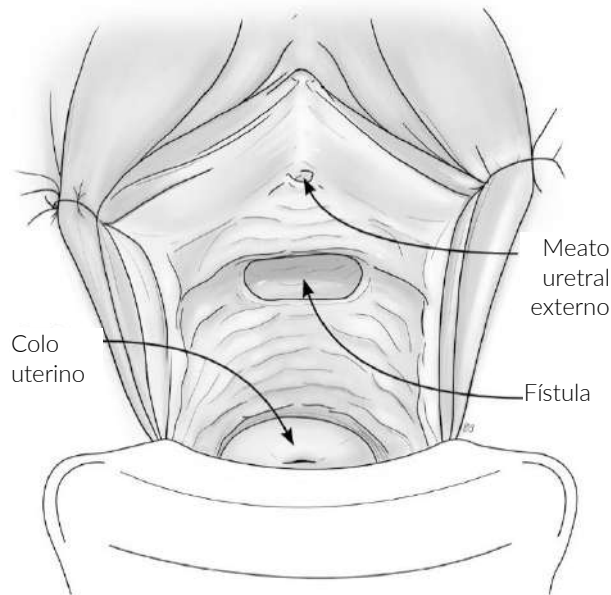


Figura 6. Fístula vesicovaginal (vista vaginal).

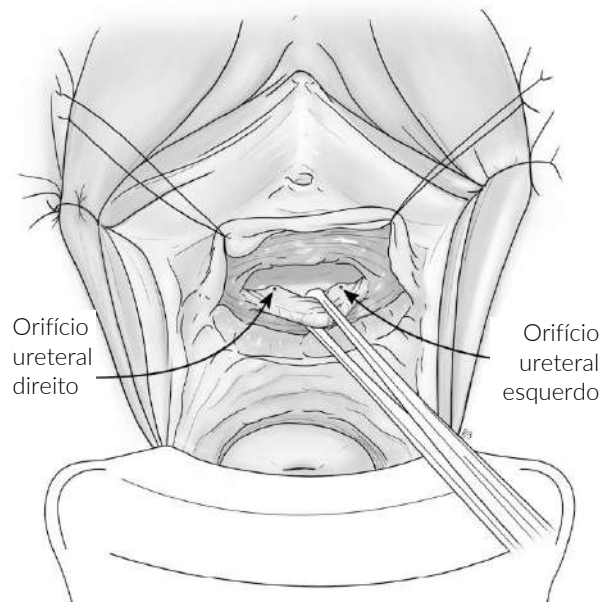


Figura 7. Identificação dos ureteres. Se possível, a identificação deve ser efetuada antes da disseção. No entanto, por vezes, quando os ureteres estão profundamente inseridos, tornam-se visíveis quando a bexiga é mobilizada, facilitando o acesso.

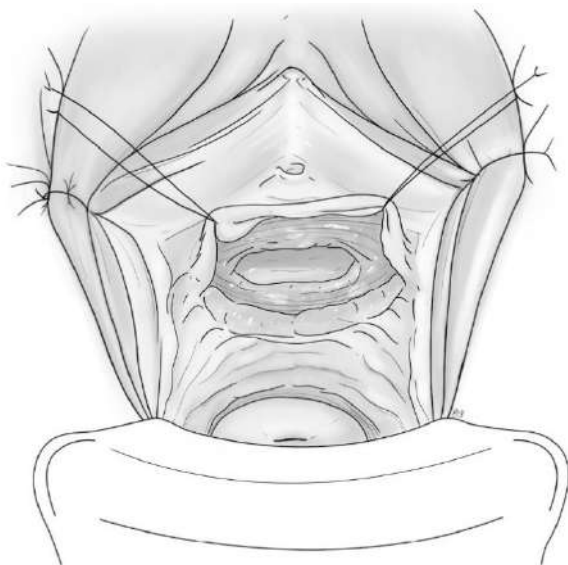


Figura 8. Mobilização adequada.

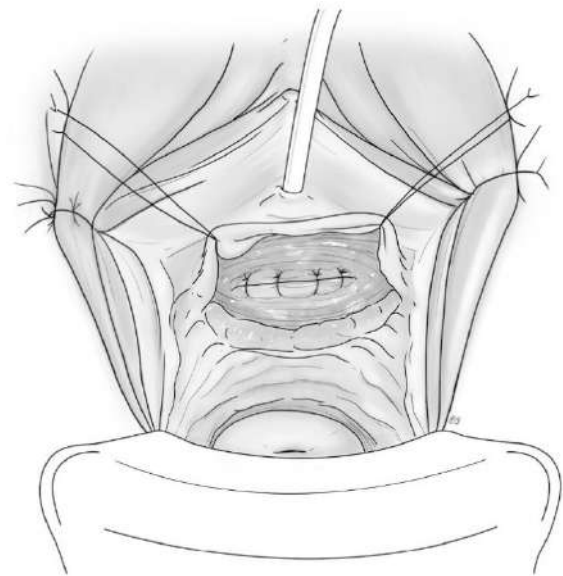


Figura 9. Fístula reparada com cateter de Foley inserido.

Complicações

- Podem ocorrer lesões acidentais no uréter e na bexiga durante a disseção.
- A laqueação ou inclusão do uréter na linha de sutura pode conduzir a uma obstrução ureteral.
- Um hematoma pode formar-se quando a hemostasia não é devidamente assegurada, o que pode resultar em infeção, e até mesmo na falha da reparação.

- A falha diagnóstica acidental de fístulas não identificadas pode deixar a paciente incontinente, mas a realização de testes de coloração rigorosos e de rotina devem resolver o problema.
- Após a reparação de uma fístula vesicovaginal simples, é raro existirem casos de incontinência uretral. No entanto, se a mesma ocorrer, poderá exigir a realização de procedimentos reconstrutivos adicionais.

Para obter mais informações, consulte 4. Complicações da cirurgia de fístula; página 238

Cuidados pós-operatórios

Cateterismo: No pós-operatório, o cateter de Foley deve permanecer colocado e em drenagem livre durante 10–14 dias.

Dieta: A paciente pode fazer uma dieta normal e deve ser incentivada a ingerir líquidos suficientes para garantir que a urina apresenta uma tonalidade clara.

Avaliação de resultados cirúrgicos: Consulte 5.2. Avaliação de resultados cirúrgicos; página 246.

Para obter mais informações, consulte 5. Cuidados Pós-Operatórios; página 244

Conselhos específicos de alta

Os seguintes conselhos específicos devem ser comunicados à paciente (bem como ao(s) respetivo(s) acompanhante(s), se for o caso) antes da alta:

- A importância de comparecer nas consultas de acompanhamento pós-operatório.
- Continuar o treino da bexiga e os exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico, conforme as instruções, bem como os exercícios de reabilitação motora se o pé caído continuar presente.
- Assegurar o parto por cesariana eletiva em todas as gravidezes subsequentes (se a paciente não tiver tido uma histerectomia ou não estiver na pós-menopausa).

Para obter mais informações, consulte 5.4. Conselhos antes da alta; página 252

Avaliação de Desempenho – Fístula vesicovaginal simples

A Avaliação de Desempenho é utilizada em todos os módulos para avaliar as competências e o progresso dos formandos. Tem de ser **preenchida, assinada e datada pelo formador**.

	Insatisfatória	Satisfatória	Boa
Geral			
1. Planeamento e preparação	Diagnóstico incorreto com investigações e preparação pré-operatória inadequadas	Diagnóstico correto com investigações e preparação pré-operatória adequadas, mas com alguns erros	Diagnóstico correto com investigações e preparação pré-operatória adequadas
2. Aconselhamento e consentimento	Aconselhamento insuficiente e obtenção de consentimento após solicitação	Aconselhamento adequado e obtenção de consentimento	Aconselhamento correto da paciente e obtenção de consentimento
3. Passos cirúrgicos padrão	Necessitou de uma orientação considerável para seguir os passos cirúrgicos padrão	Necessitou de alguma ajuda para seguir os passos cirúrgicos padrão	Seguiu os passos cirúrgicos padrão de forma independente e satisfatória
4. Fluxo da operação e planeamento antecipado	Paragens/hesitações regulares com planeamento antecipado insuficiente	Progressão adequada, mas com alguma hesitação no planeamento futuro	Boa progressão e bom planeamento antecipado
5. Conhecimento e manuseamento de instrumentos	Manuseou mal os instrumentos e necessitou de ajuda significativa na seleção dos mesmos	Necessitou de ajuda ocasional no manuseamento e seleção de instrumentos	Manuseou bem os instrumentos e selecionou os instrumentos apropriados
6. Respeito pelos tecidos	Pouco respeito pelos tecidos e/ou ajuda necessária para encontrar planos de tecidos adequados	Respeito adequado pelos tecidos, tendo encontrado planos de tecidos adequados	Respeito satisfatório pelos tecidos, tendo encontrado facilmente os planos de tecidos adequados

7. Suturas e nós	Suturas colocadas de forma imprecisa ou remoção e substituição repetida da agulha nos tecidos para uma colocação correta. Nós soltos e inseguros	Colocação adequada de suturas e nós	Suturas colocadas de forma precisa, com nós adequados
8. Utilização técnica de assistentes	Utilização incorreta dos assistentes	Utilização correta dos assistentes na maior parte do tempo	Utilização sempre correta dos assistentes
9. Relações com a paciente e a equipa cirúrgica	Comunicação e respeito pela paciente e pela equipa cirúrgica inadequados	Boa comunicação e respeito pela paciente e pela equipa cirúrgica na maior parte do tempo	Excelente comunicação e respeito pela paciente e pela equipa cirúrgica
10. Perspicácia e atitude	Compreensão limitada dos próprios pontos fortes e fracos	Compreensão intermédia dos próprios pontos fortes e fracos	Boa compreensão dos próprios pontos fortes e fracos
Especificidade do procedimento			
11. Compreensão da patologia	Compreensão inadequada da fístula vesicovaginal simples	Compreensão adequada da fístula vesicovaginal simples	Boa compreensão da fístula vesicovaginal simples
12. Passos cirúrgicos específicos para a reparação da fístula vesicovaginal simples	Conhecimento limitado ou incorreto dos passos cirúrgicos específicos para a reparação da fístula vesicovaginal simples	Conhecimento correto, mas incompleto dos passos cirúrgicos específicos para a reparação da fístula vesicovaginal simples	Bom conhecimento dos passos cirúrgicos específicos para a reparação da fístula vesicovaginal simples
13. Delineamento da fístula	Assistência necessária para delinear a fístula	Delineamento adequado da fístula	Delineamento preciso e independente da fístula

14. Identificação e proteção dos ureteres	Ajuda necessária para identificar os ureteres, reconhecer as lesões dos ureteres e/ou proceder ao cateterismo	Foi possível identificar os ureteres e reconhecer as lesões ureterais, mas foi necessária ajuda para proceder ao cateterismo	Foi possível identificar os ureteres, reconhecer as lesões ureterais e proceder ao cateterismo de forma independente
15. Incisão inicial à volta da fístula e mobilização da bexiga	Ajuda significativa necessária para a incisão e/ou mobilização	Incisão e disseção independentes, mas com algumas imprecisões	Incisão independente e boa no local apropriado e mobilização da bexiga através do plano adequado
16. Encerramento da bexiga	Ajuda necessária para encerrar a bexiga sem tensão	Encerramento adequado da bexiga, mas necessitou de indicações para evitar tensão na linha de sutura/uretra	Bom encerramento da bexiga e ângulo seguro, sem tensão na linha de sutura/uretra
17. Teste de coloração intraoperatório	Necessitou de indicações para efetuar o teste de coloração	Instruções necessárias para realizar o teste de coloração e interpretar o resultado	Teste de coloração efetuado de forma independente e resultado interpretado corretamente
18. Encerramento da vagina	Ajuda necessária para encerrar a vagina e/ou presença de tensão na vagina e/ou uretra	Encerramento adequado da vagina, mas necessitou de indicações para evitar puxar a vagina e/ou a uretra	Encerramento correto e independente da vagina sem qualquer tensão na vagina e na uretra
19. Documentação do procedimento	Documentação escrita insuficiente	Documentação suficiente, mas com algumas omissões	Documentação clara e abrangente, com todas as informações necessárias

Complicações										
20. Compreensão de eventuais complicações, incluindo a forma de identificar e gerir as mesmas	Compreensão limitada das complicações e/ou falta de clareza dos respetivos cuidados	Compreensão adequada das complicações e planos para os respetivos cuidados			Boa compreensão das complicações, com planos de cuidados claros					
Cuidados pós-operatórios										
21. Planeamento dos cuidados pós-operatórios, incluindo o cateterismo e a dieta	Planeamento inadequado dos cuidados pós-operatórios	Planeamento adequado dos cuidados pós-operatórios			Bom planeamento dos cuidados pós-operatórios					
22. Conhecimento dos testes de continência e avaliação dos resultados	Conhecimento limitado dos testes de continência e da avaliação dos resultados	Conhecimento adequado dos testes de continência e da avaliação dos resultados			Bom conhecimento dos testes de continência e da avaliação dos resultados					
Comentários de acordo com a avaliação de desempenho						Aprovação (S/N)	Assinatura do formador e data			
1.										
2.										
3.										
4.										

3. Aquisição de competências em cirurgia de fístula
Nível 1 Módulo 2 Fístula vesicovaginal simples

5.		
6.		

Livro de Registro do Módulo – Fístula vesicovaginal simples

Este é um registro de cirurgias observadas e realizadas pelo formando, devendo ser compilado pelo formando **com um formador presente**.

Data	Descrição do caso	Tipo – Observação ou assistência – Supervisão direta – Prática clínica independente	Se aplicável, aprovação na avaliação de desempenho (S/N)	Comentários	Assinatura do formador

Módulo 3 Fístula retovaginal simples

Objetivos de aprendizagem

No final deste módulo, os formandos devem ser capazes de:

1. Explicar as características das fístulas retovaginais simples.
2. Descrever a avaliação pré-operatória, os passos cirúrgicos e os cuidados pós-operatórios das fístulas retovaginais simples.
3. Reparar fístulas retovaginais simples.
4. Descrever as principais complicações da cirurgia de fístula retovaginal simples e os respetivos cuidados.

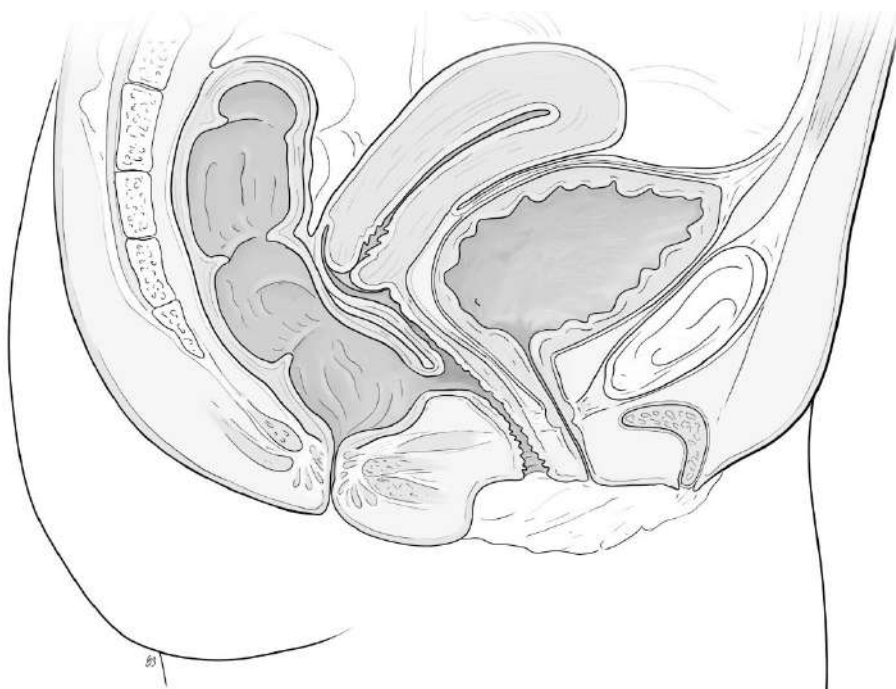


Figura 10. Corte transversal de uma fístula retovaginal simples.

Uma fístula retovaginal consiste numa comunicação anormal entre a parede anterior do canal anorretal e a parede posterior da vagina. Uma fístula retovaginal pode ser simples ou complexa de reparar. As fístulas retovaginais simples são geralmente pequenas (<2,5 cm) e encontram-se no interior ou na zona inferior da vagina, mas não envolvem o esfíncter anal, com tecidos saudáveis e sem cicatrizes ou com cicatrizes mínimas.

A incidência da fístula retovaginal é difícil de determinar, porque alguns cirurgiões classificam as lacerações perineais como fístulas retovaginais. As fístulas retovaginais isoladas resultantes do

trabalho de parto obstruído são muito raras e a maioria ocorre em combinação com fístulas vesicovaginais.⁶²

As fístulas retovaginais ocorrem mais frequentemente dissociadas de causas de parto não obstruído. Por exemplo, após uma laceração perineal reparada que, mais tarde, rompeu no ápice ou após uma laceração perineal reparada incorretamente que deixou o ápice aberto, transformando assim a laceração numa fístula retovaginal.

As fístulas retovaginais também podem ocorrer isoladamente devido a traumas ou outras causas não obstétricas, incluindo malignidade, radioterapia, doença inflamatória intestinal, trauma sexual e cirurgia (iatrogénica).

Uma laceração perineal pode ocorrer em conjunto com uma fístula retovaginal. Por normal, a fístula retovaginal situa-se muito acima da laceração com uma ponte de tecido vaginal entre ambas. No entanto, isto é muito raro.

Avaliação pré-operatória

Historial: Por norma, as fístulas retovaginais ocorrem em conjunto com as fístulas vesicovaginais, pelo que o historial costuma incluir um parto longo e o nascimento de um nado-morto. As fístulas retovaginais apresentam-se sob a forma de incontinência vaginal de fezes, fezes líquidas e/ou flatos. Se não for obstétrico ao nível da etiologia, o historial pode ser o de um parto normal com laceração e/ou uma episiotomia que não foi bem suturada, quer no momento do parto, quer mais tarde. A paciente poderá apresentar um historial de trauma ou perda fecal espontânea se for causada por malignidade ou inflamação.

Diagnóstico: As fístulas retovaginais podem ser quase sempre diagnosticadas após palpação como parte de um exame físico básico. Em caso de dúvida, pode ser realizado um teste de coloração retal (*consulte* Teste de Coloração para Fístula Retovaginal; página 18). Este é realizado de forma semelhante ao teste de coloração da bexiga, mas o cateter de Foley é inserido no ânus e a coloração é posteriormente inserida. É necessário segurar firmemente uma gaze sobre o ânus durante o procedimento, uma vez que há sempre derrame. Em alternativa, com boa iluminação e exposição com um espéculo, a vagina pode ser enchida com uma solução salina e inspecionada para a formação de bolhas. Proceda a um exame retal para procurar uma eventual estenose retal.

Planeamento e cuidados: Antes da reparação cirúrgica de uma fístula retovaginal, é extremamente importante preparar o intestino adequadamente, de acordo com as instruções específicas do cirurgião, para garantir que a paciente tem o intestino vazio antes da operação. Por norma, esta preparação inclui uma dieta líquida e enemas de manhã e à noite no dia anterior à cirurgia, seguido por jejum a partir da meia-noite na noite anterior à cirurgia.

Para obter mais informações, consulte 2. Cuidados clínicos pré-operatórios; página 13

⁶² A. Browning, S. Whiteside. Characteristics, Management, and Outcomes of Repair of Rectovaginal Fistula among 1100 Consecutive Cases of Female Genital Tract Fistula in Ethiopia. *Int J Gynecol Obstet* (2015); Kelly and Winter. Reflections on the Knowledge Base for Obstetric Fistula.

Cirurgia

A maioria das fístulas retovaginais ocorre em conjunto com uma fístula vesicovaginal, sendo possível reparar ambas no mesmo procedimento. Os cirurgiões podem preferir reparar primeiro a fístula vesicovaginal, para remover a urina do campo cirúrgico, antes de reparar a fístula retovaginal.

Os seguintes princípios de cirurgia de fístula aplicam-se a uma fístula retovaginal simples:

1. Administre um anestésico, se for o caso.
2. Administre antibióticos adequados, de acordo com a disponibilidade e a preferência do cirurgião, que devem incluir 500 mg de metronidazol por via intravenosa. Por norma, estes são administrados imediatamente antes da operação, ao mesmo tempo que a anestesia.
3. Posicione a paciente na posição de litotomia exagerada, semelhante a uma reparação da fístula vesicovaginal, mas com a mesa ligeiramente menos inclinada para garantir que a fístula retovaginal se encontra no campo cirúrgico.
4. Se o intestino não for devidamente preparado, poderá ocorrer derrame fecal através da fístula. Se tal ocorrer, deve ser feito um enema no bloco operatório para garantir a limpeza do campo cirúrgico. Se tal não for possível, é melhor adiar a operação até que o intestino esteja devidamente preparado.
5. Após a preparação e a colocação dos campos cirúrgicos, examine o esfíncter anal e avalie a sua integridade.
6. Alguns cirurgiões, mas não todos, realizam uma hidrodissociação (solução salina estéril ou uma mistura de lidocaína e adrenalina). Se for realizada corretamente, esta abre os planos para facilitar a dissecação e, se for utilizada adrenalina, também reduz a perda de sangue. É importante realizar a infiltração no plano correto: não aplique solução salina indiscriminadamente em todos os tecidos do campo cirúrgico e em planos incorretos.
7. Faça uma incisão à volta da fístula através do epitélio vaginal e estenda a incisão lateralmente a partir de cada ângulo. Em seguida, mobilize o reto da vagina e da parede pélvica lateral. A mobilidade deve ser suficientemente ampla para garantir um encerramento sem tensão.
8. Aplique duas camadas de suturas na musculatura do reto, certificando-se de que inverte a primeira camada.
9. Repare a fístula retovaginal numa orientação que não crie nenhuma estenose, o que geralmente significa a sua reparação de forma transversal.
10. Efetue o encerramento da vagina sem tensão. Uma sutura de ácido poliglicólico 2-0 é mais comumente utilizada.
11. Se ainda não tiver sido inserido nenhum cateter de Foley, insira um agora para manter a bexiga em drenagem livre.
12. Caso tenha realizado uma episiotomia, suture a mesma e remova as suturas labiais.
13. Insira um tampão vaginal estéril para reduzir o risco de hemorragia e a formação de hematomas e remova-o no dia seguinte. Por norma, o tampão é feito de gaze impregnada de iodo ou vaselina. Não deve colar e deve ser suficientemente firme para reduzir a hemorragia, mas não demasiado firme ao ponto de causar dor ou danos nos tecidos.

Passos Cirúrgicos Críticos

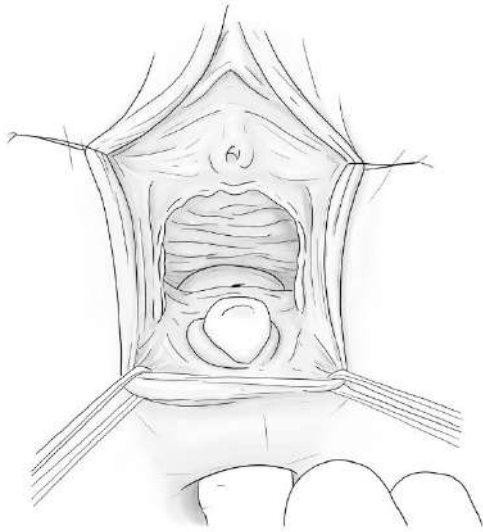


Figura 11. Exame digital do ânus, realçando a fístula retovaginal e colocando-a em perspectiva.

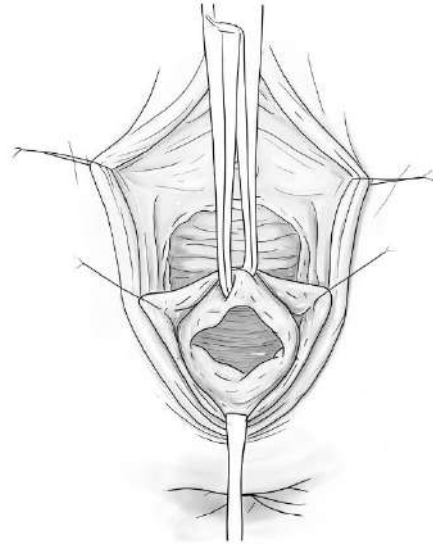


Figura 12. Disseção concluída.

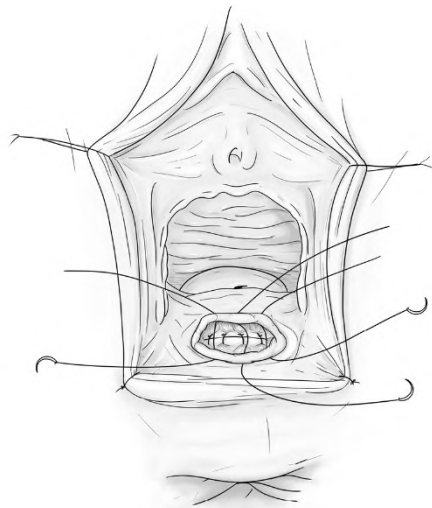


Figura 13. Fístula retovaginal encerrada.

Complicações

- Poderá ocorrer uma lesão acidental do reto e da vagina durante a disseção.
- Existe o risco de subestimar a presença de uma fístula retovaginal alta coexistente. Em caso de dúvida, deverá ser sempre efetuado um teste de coloração retal no bloco operatório. Se forem vistas bolhas de gás a entrar na vagina durante a operação, significa que é provável existir uma fístula retovaginal alta.

Para obter mais informações, consulte 4. Complicações da cirurgia de fístula; página 238

Cuidados pós-operatórios

Cateterismo: No pós-operatório, o cateter de Foley deve permanecer colocado para uma drenagem livre. Se a paciente tiver sido sujeita a reparação de fístula vesicovaginal coexistente, o cateter deve ser mantido durante 10-14 dias, de acordo com o protocolo de fístula vesicovaginal. Se a paciente apresentar isoladamente uma fístula retovaginal, o cateter pode ser removido quando a paciente se puder mover, geralmente no dia seguinte.

Dieta: Após a cirurgia de fístula retovaginal, é extremamente importante impedir a ocorrência de obstipação, para evitar empurrar com força fezes duras pela sutura, o que arriscaria danos nos tecidos em cicatrização e uma possível falha do procedimento. Após a operação, a paciente deve ser sujeita a reidratação intravenosa até poder beber normalmente. No dia seguinte, pode ser iniciada uma dieta ligeira, que irá persistir durante 6-7 dias, até à reintrodução de uma dieta normal. Para garantir que a paciente não fica obstipada, deve ser prescrito um laxante (bisacodil) no início da dieta leve, devendo a toma continuar por 1 semana. O laxante deve ser interrompido se as fezes se tornarem demasiado líquidas.

Avaliação de resultados cirúrgicos: A paciente deve ser interrogada e examinada sobre uma eventual incontinência fecal. Por norma, a presença de fezes na vagina é suficiente para confirmar uma fístula retovaginal. Em caso de dúvida, deve ser realizado um teste de coloração retal (*consulte Teste de Coloração para Fístula Retovaginal; página 18*). Como a maioria das pacientes com fístula retovaginal tem uma fístula vesicovaginal, esta avaliação costuma ser adiada até à remoção do cateter de Foley e até que a fístula retovaginal e a fístula vesicovaginal possam ser avaliadas em conjunto. Contudo, se a paciente se queixar da passagem de fezes pela vagina antes da remoção do cateter, a paciente pode ser cuidadosamente examinada mais cedo.

Para obter mais informações, consulte 5. Cuidados Pós-Operatórios; página 244

Conselhos específicos de alta

Os seguintes conselhos específicos devem ser comunicados à paciente (bem como ao(s) respetivo(s) acompanhante(s), se for o caso) antes da alta:

- A importância de comparecer nas consultas de acompanhamento pós-operatório.
- Garantir uma dieta adequada para evitar a obstipação e o esforço de empurrar com força fezes duras para além da reparação, em especial nos primeiros 3 meses enquanto os tecidos cicatrizam. Se necessário, tomar um laxante (bisacodil), conforme prescrito. Tenha em conta que este conselho poderá ter necessidade de ser ajustado para pacientes com incontinência fecal persistente.
- Continuar o treino da bexiga e os exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico, conforme as instruções, bem como os exercícios de reabilitação motora se o pé caído continuar presente.
- Assegurar o parto por cesariana eletiva em todas as gravidezes subsequentes (se a paciente não tiver tido uma histerectomia ou não estiver na pós-menopausa). No entanto, se a causa da fístula retovaginal for um trauma ou uma laceração perineal mal reparada, a paciente pode tentar um parto vaginal cuidadosamente monitorizado com uma parteira competente e uma episiotomia

profilática, conforme necessário. O ideal será que o parto ocorra num estabelecimento onde haja um profissional médico qualificado para reconhecer e reparar uma lesão do esfíncter anal, se necessário.

Para obter mais informações, consulte 5.4. Conselhos antes da alta; página 252

Avaliação de Desempenho – Fístula retovaginal simples

A Avaliação de Desempenho é utilizada em todos os módulos para avaliar as competências e o progresso dos formandos. Tem de ser **preenchida, assinada e datada pelo formador**.

	Insatisfatória	Satisfatória	Boa
Geral			
1. Planeamento e preparação	Diagnóstico incorreto com investigações e preparação pré-operatória inadequadas	Diagnóstico correto com investigações e preparação pré-operatória adequadas, mas com alguns erros	Diagnóstico correto com investigações e preparação pré-operatória adequadas
2. Aconselhamento e consentimento	Aconselhamento insuficiente e obtenção de consentimento após solicitação	Aconselhamento adequado e obtenção de consentimento	Aconselhamento correto da paciente e obtenção de consentimento
3. Passos cirúrgicos padrão	Necessitou de uma orientação considerável para seguir os passos cirúrgicos padrão	Necessitou de alguma ajuda para seguir os passos cirúrgicos padrão	Seguiu os passos cirúrgicos padrão de forma independente e satisfatória
4. Fluxo da operação e planeamento antecipado	Paragens/hesitações regulares com planeamento antecipado insuficiente	Progressão adequada, mas com alguma hesitação no planeamento futuro	Boa progressão e bom planeamento antecipado
5. Conhecimento e manuseamento de instrumentos	Manuseou mal os instrumentos e necessitou de ajuda significativa na seleção dos mesmos	Necessitou de ajuda ocasional no manuseamento e seleção de instrumentos	Manuseou bem os instrumentos e selecionou os instrumentos apropriados
6. Respeito pelos tecidos	Pouco respeito pelos tecidos e/ou ajuda necessária para encontrar planos de tecidos adequados	Respeito adequado pelos tecidos, tendo encontrado planos de tecidos adequados	Respeito satisfatório pelos tecidos, tendo encontrado facilmente os planos de tecidos adequados

7. Suturas e nós	Suturas colocadas de forma imprecisa ou remoção e substituição repetida da agulha nos tecidos para uma colocação correta. Nós soltos e inseguros	Colocação adequada de suturas e nós	Suturas colocadas de forma precisa, com nós adequados
8. Utilização técnica de assistentes	Utilização incorreta dos assistentes	Utilização correta dos assistentes na maior parte do tempo	Utilização sempre correta dos assistentes
9. Relações com a paciente e a equipa cirúrgica	Comunicação e respeito pela paciente e pela equipa cirúrgica inadequados	Boa comunicação e respeito pela paciente e pela equipa cirúrgica na maior parte do tempo	Excelente comunicação e respeito pela paciente e pela equipa cirúrgica
10. Perspicácia e atitude	Compreensão limitada dos próprios pontos fortes e fracos	Compreensão intermédia dos próprios pontos fortes e fracos	Boa compreensão dos próprios pontos fortes e fracos
Especificidade do procedimento			
11. Compreensão da patologia	Compreensão inadequada da fístula retovaginal simples	Compreensão adequada da fístula retovaginal simples	Boa compreensão da fístula retovaginal simples
12. Passos cirúrgicos específicos para a reparação da fístula retovaginal simples	Conhecimento limitado ou incorreto dos passos cirúrgicos específicos para a reparação da fístula retovaginal simples	Conhecimento correto, mas incompleto dos passos cirúrgicos específicos para a reparação da fístula retovaginal simples	Bom conhecimento dos passos cirúrgicos específicos para a reparação da fístula retovaginal simples
13. Identificação das margens e do esfíncter anal	Indicações necessárias para identificar as margens e/ou o esfíncter anal	Identificação adequada das margens e/ou do esfíncter anal	Identificação independente das margens e capacidade para descartar lesões do esfíncter anal

14. Incisões	Assistência necessária para fazer as incisões adequadas	Incisões apropriadas, mas com pequenos erros	Boas incisões, sem erros
15. Planos e mobilização	Ajuda necessária para selecionar os planos corretos e ao nível da mobilização	Identificação dos planos corretos, mas necessitou de indicações ao nível da mobilização	Planos corretos identificados de forma independente e boa mobilização
16. Encerramento e tensão	Ajuda necessária para encerrar e/ou garantir uma tensão correta	Encerramento e tensão razoáveis, mas necessitou de indicações	Bom encerramento com tensão correta
17. Documentação do procedimento	Documentação escrita insuficiente	Documentação suficiente, mas com algumas omissões	Documentação clara e abrangente, com todas as informações necessárias
Complicações			
18. Compreensão de eventuais complicações, incluindo a forma de identificar e gerir as mesmas	Compreensão limitada das complicações e/ou falta de clareza dos respetivos cuidados	Compreensão adequada das complicações e planos para os respetivos cuidados	Boa compreensão das complicações, com planos de cuidados claros
Cuidados pós-operatórios			
19. Planeamento dos cuidados pós-operatórios, incluindo o cateterismo e a dieta	Planeamento inadequado dos cuidados pós-operatórios	Planeamento adequado dos cuidados pós-operatórios	Bom planeamento dos cuidados pós-operatórios
20. Conhecimento dos testes de continência e avaliação dos resultados	Conhecimento limitado dos testes de continência e da avaliação dos resultados	Conhecimento adequado dos testes de continência e da avaliação dos resultados	Bom conhecimento dos testes de continência e da avaliação dos resultados

Comentários de acordo com a avaliação de desempenho	Aprovação (S/N)	Assinatura do formador e data
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

Módulo 4 Fístula vesicovaginal da cúpula vaginal pós-histerectomia

Objetivos de aprendizagem

No final deste módulo, os formandos devem ser capazes de:

1. Explicar as características das fístulas vesicovaginais da cúpula vaginal pós-histerectomia.
2. Descrever a avaliação pré-operatória, os passos cirúrgicos e os cuidados pós-operatórios das fístulas vesicovaginais da cúpula vaginal pós-histerectomia.
3. Reparar fístulas vesicovaginais da cúpula vaginal pós-histerectomia.
4. Descrever as principais complicações da cirurgia de fístula vesicovaginal da cúpula vaginal pós-histerectomia e os respetivos cuidados.

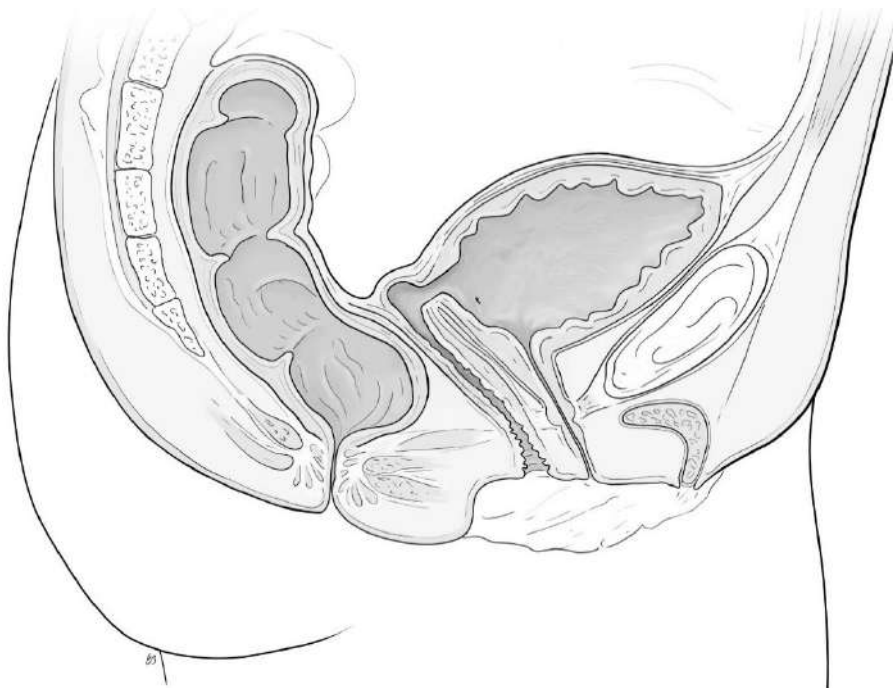


Figura 14. Corte transversal de uma fístula vesicovaginal da cúpula vaginal pós-histerectomia.

Uma fístula vesicovaginal da cúpula vaginal pós-histerectomia consiste numa ligação entre a bexiga e o ápice da vagina (cúpula vaginal) e ocorre após uma histerectomia abdominal total, quer obstétrica quer ginecológica.⁶³ Limita-se à extremidade anterior da cicatriz vaginal e é quase sempre supratrigonal. É maioritariamente iatrogénica, exceto quando a histerectomia é realizada na sequência da rutura do útero/da bexiga. Além disso, um uréter pode também ter estado envolvido na lesão iatrogénica, pelo que poderá existir uma fístula ureteral coexistente.

⁶³ Raassen *et al.* Iatrogenic Genitourinary Fistula: An 18-Year Retrospective Review of 805 Injuries.

Avaliação pré-operatória

Historial: As fístulas da cúpula vaginal apresentam um historial de perdas contínuas de urina pela vagina pouco tempo depois de uma histerectomia (cesariana). Por norma, as perdas começam uma semana após a operação, mas, por vezes, podem sofrer um atraso de 2 ou mais semanas.

Diagnóstico: As fístulas da cúpula vaginal costumam ser pequenas e podem ser difíceis de palpar num exame vaginal, tendo apenas alguns milímetros de diâmetro. Por norma, um exame especular e a utilização de uma sonda é suficiente, mas ocasionalmente é necessário efetuar um teste de coloração.

Planeamento e cuidados: A paciente deve estar em jejum a partir da meia-noite da noite anterior à cirurgia. Por norma, a preparação intestinal completa não é necessária para a fístula do trato urinário, mas deve ser pedido à paciente para evacuar o intestino imediatamente antes de ir para o bloco operatório. No entanto, esta prática varia e depende da preferência individual do cirurgião.

Para obter mais informações, consulte 2. Cuidados clínicos pré-operatórios; página 13

Cirurgia

Embora estejam altas na vagina, por norma as fístulas da cúpula vaginal podem ser reparadas com sucesso através da via vaginal, sendo que uma episiotomia generosa ajudará a obter o devido acesso. Se a fístula da cúpula vaginal estiver muito alta e for difícil de alcançar pela via vaginal, é possível operar facilmente a mesma através da via abdominal.

Via vaginal

1. Administre um anestésico, se for o caso.
2. Administre antibióticos adequados, de acordo com a disponibilidade e a preferência do cirurgião. Por norma, estes são administrados imediatamente antes da operação, ao mesmo tempo que a anestesia.
3. Coloque a paciente em posição de litotomia exagerada com as nádegas consideravelmente sobre o limite da mesa cirúrgica e em posição de Trendelenburg acentuada.
4. Após a preparação e a colocação dos campos cirúrgicos, identifique os ureteres. Embora as fístulas da cúpula vaginal costumem ser supratrigonais e, como tal, os ureteres devam estar distantes da extremidade da fístula, é impossível ter a certeza de onde eles estão, podendo ficar presos na histerectomia que provocou a fístula. Nem sempre é possível identificar os ureteres através de uma fístula da cúpula vaginal tão pequena, pelo que devem ser administrados 10 mg de furosemida por via intravenosa e devem ser efetuados controlos cuidadosos para garantir que não existem jatos de urina provenientes de um uréter próximo da extremidade ou fora das margens da fístula. Se os ureteres estiverem próximos da extremidade, têm de ser protegidos com um cateter ureteral para não serem cortados ou laqueados durante o procedimento. Claro está, se drenarem fora da bexiga, os ureteres terão de ser reimplantados.
5. Alguns cirurgiões, mas não todos, realizam uma hidrodisssecção (solução salina estéril ou uma mistura de lidocaína e adrenalina). Se for realizada corretamente, esta abre os planos para facilitar a dissecção e, se for utilizada adrenalina, também reduz a perda de sangue.

É importante realizar a infiltração no plano correto: não aplique solução salina indiscriminadamente em todos os tecidos do campo cirúrgico e em planos incorretos.

6. Faça uma incisão à volta da fístula através do epitélio vaginal e estenda a incisão lateralmente a partir de cada ângulo. Em seguida, mobilize a bexiga da parede vaginal. A mobilidade deve ser suficientemente ampla para garantir um encerramento sem tensão.
7. É muito comum entrar na cavidade peritoneal durante a mobilização, uma vez que a mesma está adjacente à cúpula vaginal. Isso não é um problema, mas, como a paciente está numa posição de Trendelenburg acentuada, toda a urina e o sangue da vagina irão para a cavidade peritoneal. Como não será possível lavar, poderá contribuir para um íleo paralítico no pós-operatório. Se for identificado um orifício no peritônio, este pode ser encerrado, se possível, com uma sutura por forma a minimizar a quantidade de líquido perdido na cavidade.
8. O encerramento da bexiga pode ser efetuado na direção transversal ou longitudinal, dependendo da apresentação da fístula. Se a fístula for encerrada longitudinalmente, certifique-se de que é encerrada da posição proximal para distal e não vice-versa.
9. Se ainda não tiver sido inserido nenhum cateter de Foley, insira-o agora e encha o balão do cateter com 5 mL de líquido estéril. Realize um teste de coloração de rotina após a reparação para confirmar o sucesso do encerramento e excluir quaisquer fístulas adicionais. Deixe o cateter de Foley in situ para manter a bexiga em drenagem livre.
10. Efetue o encerramento da vagina sem tensão. A fístula deve estar longe do meato uretral, mas poderão existir momentos em que o encerramento da vagina puxa o meato. Esta situação deve ser evitada. Uma sutura de ácido poliglicólico 2-0 é mais comumente utilizada.
11. Caso tenha realizado uma episiotomia, suture a mesma e remova as suturas labiais.
12. Insira um tampão vaginal estéril para reduzir o risco de hemorragia e a formação de hematomas e remova-o no dia seguinte. Por norma, o tampão é feito de gaze impregnada de iodo ou vaselina. Não deve colar e deve ser suficientemente firme para reduzir a hemorragia, mas não demasiado firme ao ponto de causar dor ou danos nos tecidos.

Passo Cirúrgico Crítico

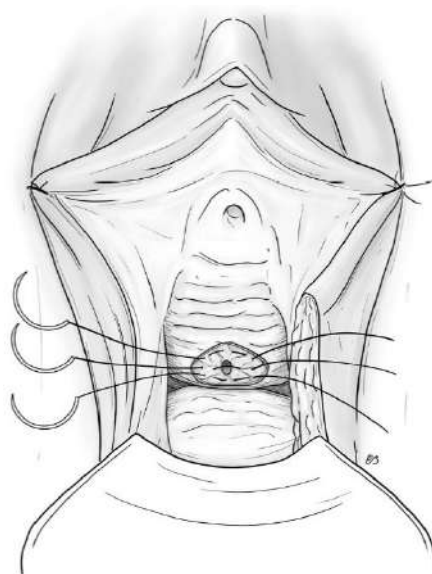


Figura 15. Fístula mobilizada e suturas colocadas através do músculo detrusor da bexiga.

Via abdominal

Esta via não é muito comum, mas depende da experiência e da preferência do cirurgião. Ocasionalmente, a cúpula vaginal é muito alta e fixa, especialmente após uma histerectomia em mulheres multíparas. É importante ter cuidado se a via abdominal for escolhida, pois muitas pacientes têm um número considerável de aderências.

1. Administre um anestésico, se for o caso.
2. Administre antibióticos adequados, de acordo com a disponibilidade e a preferência do cirurgião. Por norma, estes são administrados imediatamente antes da operação, ao mesmo tempo que a anestesia.
3. Posicione a paciente em posição supina.
4. Insira um cateter de Foley antes da operação e certifique-se de que está a drenar livremente.
5. Prepare e coloque os campos cirúrgicos na paciente.
6. Para a cirurgia pélvica, o cirurgião permanece no lado esquerdo da mulher. O abdómen é aberto através de uma linha média ou da incisão de Pfannenstiel.
7. Use duas pinças de Allis para puxar a bexiga para cima. Por trás da bexiga, encontra-se a parte superior da vagina, onde está presa à bexiga. É mais fácil abrir primeiro a bexiga com uma incisão longitudinal no fundo e alargar depois a incisão até à fístula.
8. Certifique-se sempre de que ambos os ureteres estão a produzir urina. A furosemida ajudará a visualizar o jato de urina. Se os ureteres estiverem próximos da extremidade da fístula, proceda ao respetivo cateterismo.
9. Subsequentemente, disseque a cúpula vaginal da bexiga através de uma disseção pontiaguda.
10. Encerre a parte superior da vagina com sutura de ácido poliglicólico 0 ou 2-0.
11. A bexiga pode ser encerrada com uma sutura contínua de ácido poliglicólico 2-0 ou 3-0. Uma camada é suficiente, mas alguns cirurgiões poderão preferir uma segunda camada. Uma outra opção passa por colocar um rebordo de omento entre a vagina e a bexiga no local da reparação da fístula, o que ajuda a cicatrizar.
12. Lave a cavidade peritoneal com uma solução salina morna e encerre o abdómen.
13. Deixe o cateter de Foley in situ para manter a bexiga em drenagem livre.

Passos Cirúrgicos Críticos

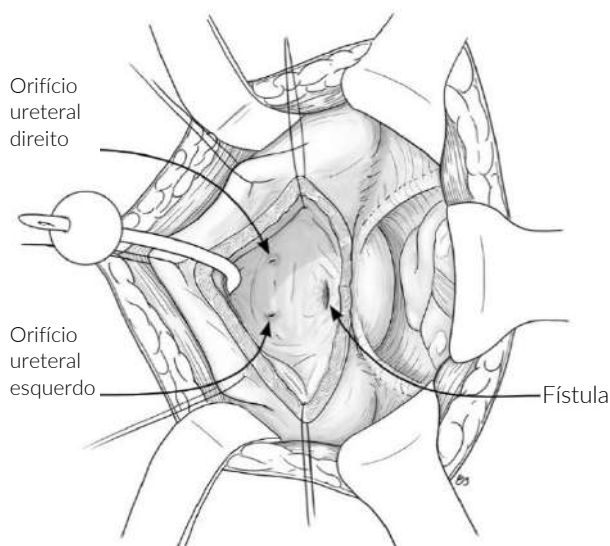


Figura 16. Uma fístula de cúpula vaginal, vista através de uma laparotomia. Foi efetuada uma cistotomia e a fístula pode ser vista.

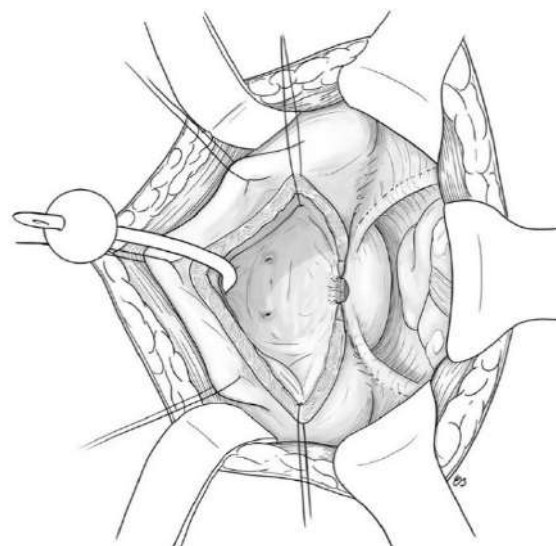


Figura 17. A cistotomia foi alargada à fístula (método O'Connor⁶⁴). É necessário dissecar a bexiga do colo úterino/vagina antes de ambos poderem ser reparados.

Complicações

- Lesão ureteral.
- Tal como referido acima, a paciente poderá ficar com um íleo paralítico prolongado. É importante verificar a existência de peritonites subjacentes.
- Lesão visceral durante a adesiólise em caso de cirurgia abdominal.
- Hemorragia resultante de aderências, em especial durante a via abdominal, particularmente entre a bexiga e a vagina.

Para obter mais informações, consulte 4. Complicações da cirurgia de fístula; página 238

Cuidados pós-operatórios

Cateterismo: No pós-operatório, o cateter de Foley deve permanecer colocado em drenagem livre durante 10-14 dias.

Dieta: A paciente pode fazer uma dieta normal e deve ser incentivada a ingerir líquidos suficientes para garantir que a urina apresenta uma tonalidade clara.

Avaliação de resultados cirúrgicos: Consulte 5.2. Avaliação de resultados cirúrgicos; página 246.

Para obter mais informações, consulte 5. Cuidados Pós-Operatórios; página 244

⁶⁴ V.J. O'Connor Jr, J.K. Sokol, G.J. Bulkley, J.B. Nanninga. Suprapubic Closure of Vesicovaginal Fistula. *J Urol.* (1973).

Conselhos específicos de alta

Os seguintes conselhos específicos devem ser comunicados à paciente (bem como ao(s) respectivo(s) acompanhante(s), se for o caso) antes da alta:

- A importância de comparecer nas consultas de acompanhamento pós-operatório.
- Continuar o treino da bexiga e os exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico, conforme as instruções.

Para obter mais informações, consulte 5.4. Conselhos antes da alta; página 252

Avaliação de Desempenho – Fístula vesicovaginal da cúpula vaginal pós-histerectomia

A Avaliação de Desempenho é utilizada em todos os módulos para avaliar as competências e o progresso dos formandos. Tem de ser **preenchida, assinada e datada pelo formador**.

	Insatisfatória	Satisfatória	Boa
Geral			
1. Planeamento e preparação	Diagnóstico incorreto com investigações e preparação pré-operatória inadequadas	Diagnóstico correto com investigações e preparação pré-operatória adequadas, mas com alguns erros	Diagnóstico correto com investigações e preparação pré-operatória adequadas
2. Aconselhamento e consentimento	Aconselhamento insuficiente e obtenção de consentimento após solicitação	Aconselhamento adequado e obtenção de consentimento	Aconselhamento correto da paciente e obtenção de consentimento
3. Passos cirúrgicos padrão	Necessitou de uma orientação considerável para seguir os passos cirúrgicos padrão	Necessitou de alguma ajuda para seguir os passos cirúrgicos padrão	Seguiu os passos cirúrgicos padrão de forma independente e satisfatória
4. Fluxo da operação e planeamento antecipado	Paragens/hesitações regulares com planeamento antecipado insuficiente	Progressão adequada, mas com alguma hesitação no planeamento futuro	Boa progressão e bom planeamento antecipado
5. Conhecimento e manuseamento de instrumentos	Manuseou mal os instrumentos e necessitou de ajuda significativa na seleção dos mesmos	Necessitou de ajuda ocasional no manuseamento e seleção de instrumentos	Manuseou bem os instrumentos e selecionou os instrumentos apropriados
6. Respeito pelos tecidos	Pouco respeito pelos tecidos e/ou ajuda necessária para encontrar planos de tecidos adequados	Respeito adequado pelos tecidos, tendo encontrado planos de tecidos adequados	Respeito satisfatório pelos tecidos, tendo encontrado facilmente os planos de tecidos adequados

7. Suturas e nós	Suturas colocadas de forma imprecisa ou remoção e substituição repetida da agulha nos tecidos para uma colocação correta. Nós soltos e inseguros	Colocação adequada de suturas e nós	Suturas colocadas de forma precisa, com nós adequados
8. Utilização técnica de assistentes	Utilização incorreta dos assistentes	Utilização correta dos assistentes na maior parte do tempo	Utilização sempre correta dos assistentes
9. Relações com a paciente e a equipa cirúrgica	Comunicação e respeito pela paciente e pela equipa cirúrgica inadequados	Boa comunicação e respeito pela paciente e pela equipa cirúrgica na maior parte do tempo	Excelente comunicação e respeito pela paciente e pela equipa cirúrgica
10. Perspicácia e atitude	Compreensão limitada dos próprios pontos fortes e fracos	Compreensão intermédia dos próprios pontos fortes e fracos	Boa compreensão dos próprios pontos fortes e fracos
Especificidade do procedimento			
11. Compreensão da patologia	Compreensão inadequada da fístula vesicovaginal da cúpula vaginal pós-histerectomia	Compreensão adequada da fístula vesicovaginal da cúpula vaginal pós-histerectomia	Boa compreensão da fístula vesicovaginal da cúpula vaginal pós-histerectomia
12. Escolha da via, ou seja, vaginal ou abdominal	Orientação necessária para escolher a via correta	Via apropriada, mas incerteza na tomada de decisão	Ponderação da via e tomada de decisão correta e informada

13. Passos cirúrgicos específicos para a reparação da fístula vesicovaginal da cúpula vaginal pós-histerectomia, de acordo com a via selecionada	Conhecimento limitado ou incorreto dos passos cirúrgicos específicos para a reparação da fístula vesicovaginal da cúpula vaginal pós-histerectomia	Conhecimento correto, mas incompleto dos passos cirúrgicos específicos para a reparação da fístula vesicovaginal da cúpula vaginal pós-histerectomia	Bom conhecimento dos passos cirúrgicos específicos para a reparação da fístula vesicovaginal da cúpula vaginal pós-histerectomia
14. Conhecimento da proximidade do reto e da cavidade peritoneal em relação à fístula	Conhecimento limitado da anatomia pélvica em relação à fístula	Conhecimento suficiente da anatomia pélvica em relação à fístula	Bom conhecimento da anatomia pélvica em relação à fístula
15. Identificação e proteção dos ureteres	Ajuda necessária para identificar, prevenir lesões e/ou proceder ao cateterismo dos ureteres, se necessário	Foi possível identificar os ureteres e reconhecer as lesões ureterais, mas foi necessária ajuda para proceder ao cateterismo, se necessário	Foi possível identificar os ureteres, reconhecer as lesões ureterais e proceder ao cateterismo de forma independente, se necessário
16. Dissecção e mobilização da fístula	Ajuda significativa necessária para a incisão e/ou mobilização	Incisão e mobilização adequadas	Boa incisão no local apropriado e mobilização da bexiga através do plano adequado
17. Encerramento da bexiga	Ajuda necessária para encerrar a bexiga sem tensão	Encerramento adequado da bexiga, mas necessitou de indicações para evitar tensão na linha de sutura/uretra	Bom encerramento da bexiga e ângulo seguro, sem tensão na linha de sutura/uretra

18. Teste de coloração intraoperatório	Ajuda necessária para efetuar o teste de coloração	Instruções necessárias para efetuar o teste de coloração e interpretar o resultado	Teste de coloração efetuado de forma independente e resultado interpretado corretamente
19. No caso de via vaginal, encerramento da vagina	Ajuda necessária para encerrar a vagina e/ou presença de tensão na vagina e/ou uretra	Encerramento adequado da vagina, mas necessitou de indicações para evitar puxar a vagina e/ou a uretra	Encerramento correto e independente da vagina sem qualquer tensão na vagina e na uretra
20. No caso de via abdominal, encerramento do abdômen	Ajuda necessária para encerrar o abdômen	Encerramento adequado do abdômen	Encerramento do abdômen bem realizado
21. Documentação do procedimento	Documentação escrita insuficiente	Documentação suficiente, mas com algumas omissões	Documentação clara e abrangente, com todas as informações necessárias
Complicações			
22. Compreensão de eventuais complicações, incluindo a forma de identificar e gerir as mesmas	Compreensão limitada das complicações e/ou falta de clareza dos respetivos cuidados	Compreensão adequada das complicações e planos para os respetivos cuidados	Boa compreensão das complicações, com planos de cuidados claros
Cuidados pós-operatórios			
23. Planeamento dos cuidados pós-operatórios, incluindo o cateterismo e a dieta	Planeamento inadequado dos cuidados pós-operatórios	Planeamento adequado dos cuidados pós-operatórios	Bom planeamento dos cuidados pós-operatórios
24. Conhecimento dos testes de continência e avaliação dos resultados	Conhecimento limitado dos testes de continência e da avaliação dos resultados	Conhecimento adequado dos testes de continência e da avaliação dos resultados	Bom conhecimento dos testes de continência e da avaliação dos resultados

Comentários de acordo com a avaliação de desempenho	Aprovação (S/N)	Assinatura do formador e data
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

3. Aquisição de competências em cirurgia de fístula

Nível 1 Módulo 4 Fístula vesicovaginal da cúpula vaginal pós-histerectomia

Livro de Registro do Módulo - Fístula vesicovaginal da cúpula vaginal pós-histerectomia

Este é um registro de cirurgias observadas e realizadas pelo formando, devendo ser compilado pelo formando **com um formador presente**.

Data	Descrição do caso	Tipo - Observação ou assistência - Supervisão direta - Prática clínica independente	Se aplicável, aprovação na avaliação de desempenho (S/N)	Comentários	Assinatura do formador

Nível 2

Índice

Módulo 5 Fístula vesicovaginal circunferencial	74
Avaliação de Desempenho – Fístula vesicovaginal circunferencial	80
Livro de Registro do Módulo – Fístula vesicovaginal circunferencial.....	85
Módulo 6 Fístula retovaginal alta e cicatrizada	86
Avaliação de Desempenho – Fístula retovaginal alta e cicatrizada.....	93
Livro de Registro do Módulo – Fístula retovaginal alta e cicatrizada	97
Módulo 7 Fístula vesicocervical/vesicouterina	98
Avaliação de Desempenho – Fístula vesicocervical/vesicouterina.....	105
Livro de Registro do Módulo – Fístula vesicocervical/vesicouterina	110
Módulo 8 Fístula residual e do canto	111
Avaliação de Desempenho – Fístula residual e do canto	119
Livro de Registro do Módulo – Fístula residual e do canto.....	124
Módulo 9 Fístula ureteral	125
Avaliação de Desempenho – Fístula ureteral	131
Livro de Registro do Módulo – Fístula ureteral.....	136
Módulo 10 Cálculos vesicais	137
Avaliação de Desempenho – Cálculos vesicais	143
Livro de Registro do Módulo – Cálculos vesicais	148
Módulo 11 Reconstrução vaginal	149
Avaliação de Desempenho – Reconstrução vaginal	159
Livro de Registro do Módulo – Reconstrução vaginal.....	164
Módulo 12 Fístula uretral e reconstrução	165
Avaliação de Desempenho – Fístula uretral e reconstrução	170
Livro de Registro do Módulo – Fístula uretral e reconstrução.....	175
Módulo 13 Incontinência persistente	176
Avaliação de Desempenho – Incontinência persistente	182
Livro de Registro do Módulo – Incontinência persistente	187

Módulo 5 Fístula vesicovaginal circunferencial

Objetivos de aprendizagem

No final deste módulo, os formandos devem ser capazes de:

1. Explicar as características das fístulas vesicovaginais circunferenciais.
2. Descrever a avaliação pré-operatória, os passos cirúrgicos e os cuidados pós-operatórios das fístulas vesicovaginais circunferenciais.
3. Reparar fístulas vesicovaginais circunferenciais.
4. Descrever as principais complicações da cirurgia de fístula vesicovaginal circunferencial e os respetivos cuidados.

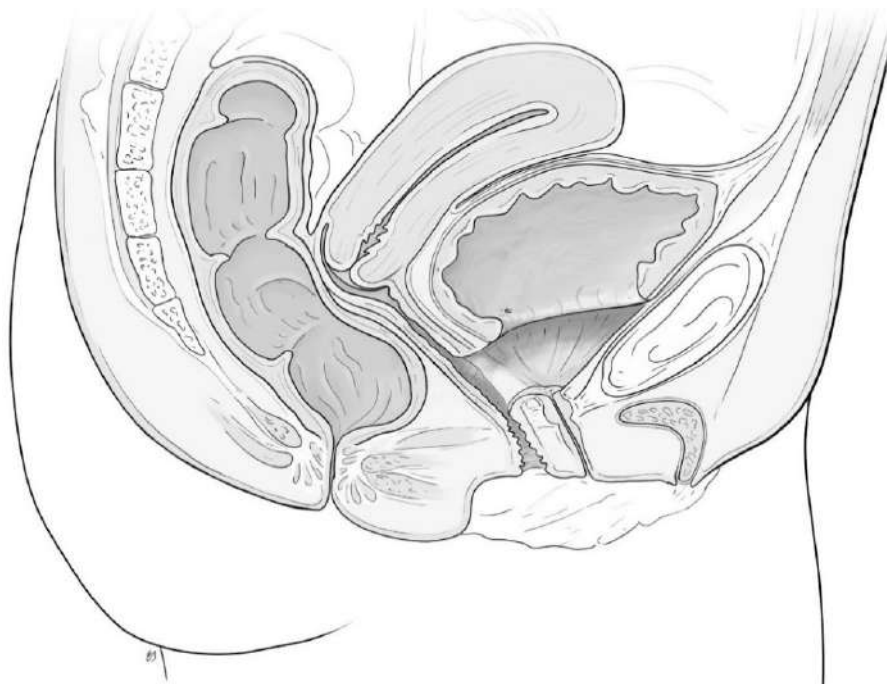


Figura 18. Corte transversal de uma fístula vesicovaginal circunferencial.

Tal como o nome sugere, uma fístula vesicovaginal circunferencial consiste numa lesão que envolve toda a circunferência da uretra e/ou da bexiga. Existe um intervalo ou uma separação entre a bexiga a nível proximal e a uretra ou bexiga a nível distal, apenas com uma fina camada de epitélio sobre a parte posterior da sínfise púbica entre a uretra a nível distal e a bexiga a nível proximal.

As fístulas circunferenciais são mais graves do que as fístulas não circunferenciais e, geralmente, resultam de um trabalho de parto mais longo. Também são mais comumente associadas a fístulas retais ou a cicatrizes vaginais profundas e quase sempre envolvem a uretra (*consulte Classificação*

de Waaldijk tipo II Ab e II Bb, ⁶⁵ classificação de Goh tipo 2–4⁶⁶), embora uma fístula circunferencial de Goh tipo 1 também seja possível.

Avaliação pré-operatória

Historial: As fístulas circunferenciais resultam frequentemente de um trabalho de parto prolongado e obstruído, em que a paciente sofre de incontinência urinária total. É importante questionar e verificar se existem sintomas de fístulas retovaginais, pois estas podem ocorrer de forma concomitante com as fístulas circunferenciais.

Diagnóstico: Por norma, o diagnóstico é feito a partir do historial da paciente e de um exame. Durante o exame, costumam ser visíveis cicatrizes significativas, sendo possível sentir o osso da sínfise púbica entre a uretra distal e a bexiga proximal. Se a cicatriz for muito profunda, poderá ser necessário efetuar um teste de coloração, impossibilitando assim a palpação da fístula. No entanto, a realização de um teste de coloração pode também ser difícil, uma vez que muitos casos de fístula circunferencial estão associados a estenose uretral, impossibilitando a passagem de um cateter. É importante denotar que a estenose pode, de facto, dever-se ao facto de a uretra proximal e/ou a abertura da bexiga estarem firmemente ligadas ao tecido cicatricial da superfície posterior da sínfise púbica, obliterando, desta forma, o lúmen.

Planeamento e cuidados: A paciente deve estar em jejum a partir da meia-noite da noite anterior à cirurgia. Por norma, a preparação intestinal completa não é necessária para a fístula do trato urinário, mas deve ser pedido à paciente para evacuar o intestino imediatamente antes de ir para o bloco operatório. No entanto, esta prática varia e depende da preferência individual do cirurgião.

Para obter mais informações, consulte 2. Cuidados clínicos pré-operatórios; página 13

Cirurgia

Reparar uma fístula circunferencial é um desafio. A bexiga precisa de ser mobilizada circunferencialmente e sujeita a anastomose com a restante uretra distal, por forma a manter o comprimento e a largura da uretra.

No passado, os defeitos circunferenciais eram reparados pela mobilização da bexiga posterior e pela respetiva sutura ao osso e à uretra. Este método podia encerrar a fístula circunferencial, mas quase todas as pacientes acabavam com uma uretra incompetente curta e perdas de urina. O procedimento podia igualmente falhar nos ângulos adjacentes à sínfise púbica, deixando uma pequena fístula diretamente contra o osso da vagina, o que resultava numa fístula do canto, que podia ser bilateral.

Os princípios atuais para a reparação de uma fístula circunferencial são os seguintes:

1. Administre um anestésico, se for o caso.

⁶⁵ Waaldijk. Surgical Classification of Obstetric Fistulas.

⁶⁶ Goh. A New Classification for Female Genital Tract Fistula.

2. Administre antibióticos adequados, de acordo com a disponibilidade e a preferência do cirurgião. Por norma, estes são administrados imediatamente antes da operação, ao mesmo tempo que a anestesia.
3. Coloque a paciente em posição de litotomia exagerada com as nádegas consideravelmente sobre o limite da mesa cirúrgica e em posição de Trendelenburg acentuada.
4. Após a preparação e a colocação dos campos cirúrgicos, realize uma episiotomia para obter um acesso adequado em caso de necessidade.
5. Identifique e proteja os ureteres, conforme necessário.
6. Alguns cirurgiões, mas não todos, realizam uma hidrodissecção (solução salina estéril ou uma mistura de lidocaína e adrenalina). Se for realizada corretamente, esta abre os planos para facilitar a dissecção e, se for utilizada adrenalina, também reduz a perda de sangue. É importante realizar a infiltração no plano correto: não aplique solução salina indiscriminadamente em todos os tecidos do campo cirúrgico e em planos incorretos.
7. Faça uma incisão em torno da fístula com extensões laterais nas pregas.
8. Mobilize a parede vaginal por forma a afastá-la proximal, lateral e distalmente em relação à uretra. Tenha especial cuidado em torno da parte restante da uretra.
9. Disseque a parede da bexiga anterior da sínfise posterior e, até mesmo, da parede abdominal, dissecando nos espaços retropúbicos e paravesicais para poder avançar a bexiga em direção à uretra.
10. Realize uma anastomose circunferencial da bexiga até à uretra, colocando a primeira sutura através da bexiga anterior às 12 horas no relógio e, em seguida, através da uretra/sínfise posterior às 6 horas no relógio.
11. Continue na zona bilateral da primeira sutura, avançando a bexiga anterior até à uretra anterior/sínfise posterior de cada lado.
12. Conclua a anastomose da bexiga lateral e posterior até à uretra lateral e posterior. Ao fazê-lo, ajuste os pontos da bexiga, uma vez que o diâmetro da uretra é menor.
13. Insira o cateter de Foley e encha o balão com 5 mL de líquido estéril. Tenha em conta que o cateter de Foley poderá ter sido inserido num ponto anterior da operação para garantir a manutenção de um diâmetro adequado da uretra. Em caso afirmativo, certifique-se de que o cateter de Foley não foi suturado na uretra. Realize um teste de coloração de rotina após a reparação para confirmar o sucesso do encerramento e excluir quaisquer fístulas adicionais. Deixe o cateter de Foley in situ para manter a bexiga em drenagem livre.
14. Proceda à refixação da fáscia pubocervical em ambos os lados da uretra.
15. Apoie a uretra com um sling, se apropriado.
16. Proceda a uma reparação da vagina sem tensão. Por norma, é utilizada uma sutura de ácido poliglicólico 2-0. Para efetuar este passo, poderão ser necessários rebordos (*consulte* Nível 2 Módulo 11 Reconstrução vaginal; página 149).
17. Caso tenha realizado uma episiotomia, suture a mesma e remova as suturas labiais.
18. Insira um tampão vaginal estéril para reduzir o risco de hemorragia e a formação de hematomas e remova-o no dia seguinte. Por norma, o tampão é feito de gaze impregnada de iodo ou

vaselina. Não deve colar e deve ser suficientemente firme para reduzir a hemorragia, mas não demasiado firme ao ponto de causar dor ou danos nos tecidos.

Mesmo seguindo estes princípios e encerrando com sucesso a fístula circunferencial, a taxa de incontinência persistente continua a ser inaceitavelmente elevada, a rondar os 47%,⁶⁷ pelo que é, muitas vezes, necessário proceder a uma segunda operação para tratar a incontinência persistente.

Recurso de aprendizagem essencial: Série de reparação de fístulas de Andrew Browning [Episode 3 Circumferential Fistula Repair](#).

Passos Cirúrgicos Críticos

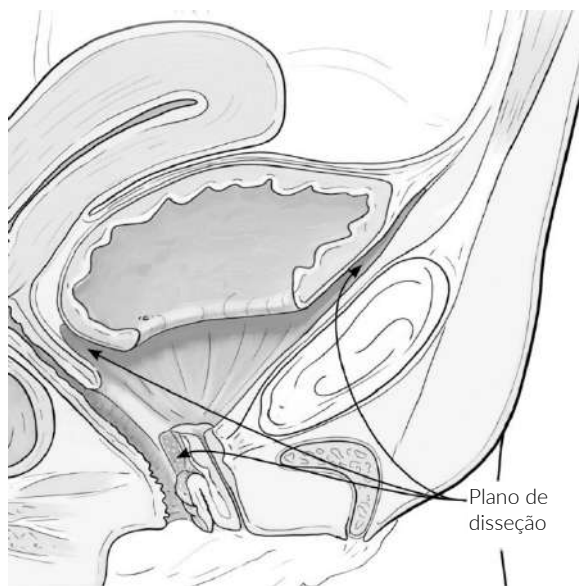


Figura 19. Mobilização da bexiga circunferencialmente a partir da vagina e dos ossos púbicos. Distalmente, a vagina foi refletida para fora da uretra restante.

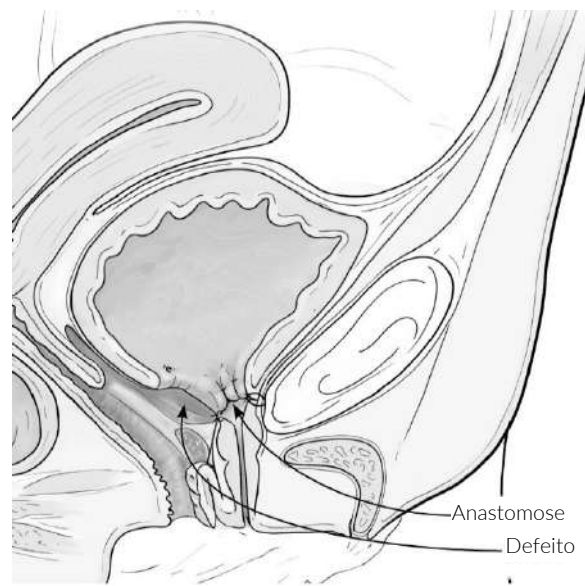


Figura 20. A bexiga é sujeita a anastomose com a uretra, nos planos anterior e lateral. Tenha em conta que havia um grande defeito na bexiga que necessitava de ser sujeito a anastomose com um pequeno defeito na uretra.

⁶⁷ A. Browning. The Circumferential Obstetric Fistula: Characteristics, Management and Outcomes. *BJOG* (2007).

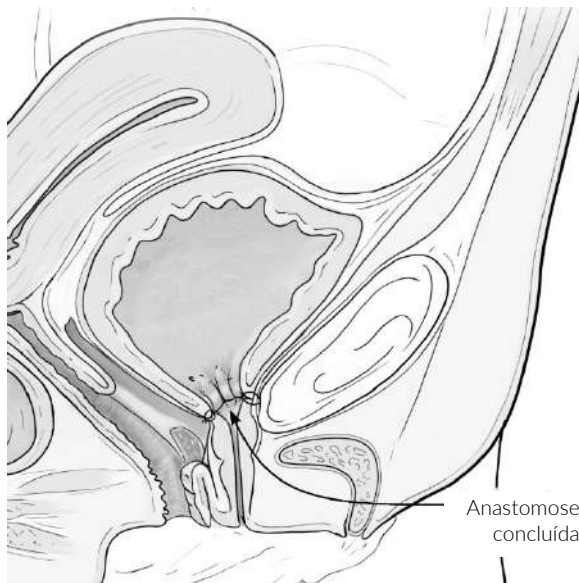


Figura 21. O defeito restante é reparado diretamente na uretra.

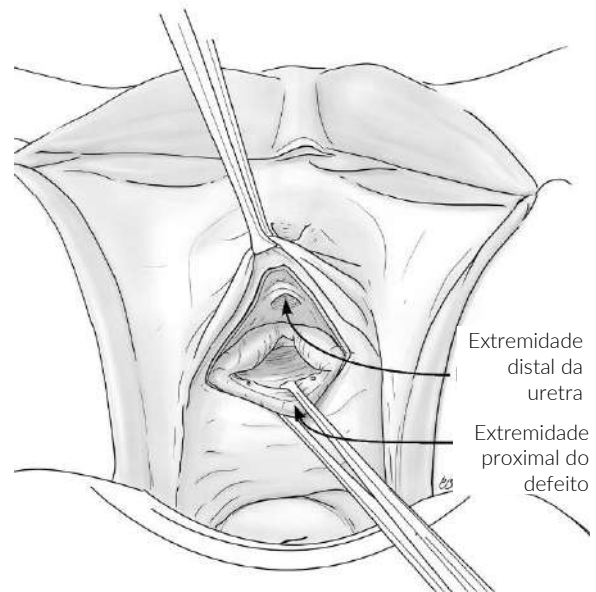


Figura 22. Um defeito circunferencial visto da vagina com alguma dissecação vaginal. Os orifícios ureterais são visíveis.

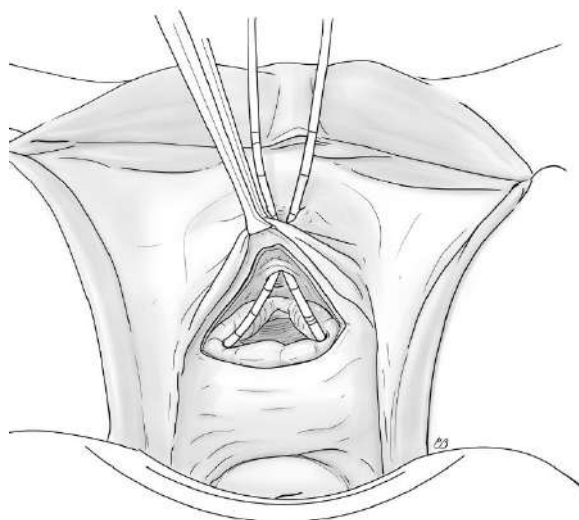


Figura 23. Ureteres cateterizados.

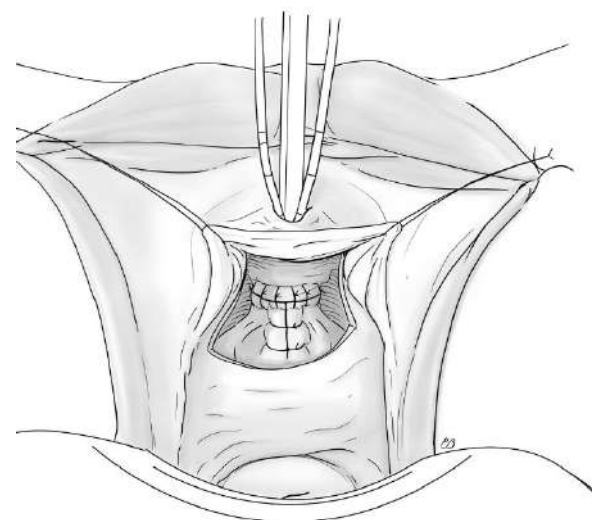


Figura 24. Os ureteres são cateterizados e o defeito maior da bexiga é sujeito a anastomose com o pequeno lúmen uretral, deixando um defeito na bexiga posterior que, neste caso, é reparado longitudinalmente.

Complicações

- Lesão ureteral.
- Quando a anastomose é realizada conforme descrito acima, um pequeno número de pacientes desenvolve uma estenose uretral que deve ser verificada nas consultas de acompanhamento.

- Se apenas o aspeto posterior for reparado, poderão ocorrer ruturas do canto. Tratam-se de tratos fistulosos que ocorrem junto dos ossos laterais da pélvis, que são difíceis de tratar.
- Incontinência persistente.
- Se forem utilizados rebordos e enxertos para reconstruir a vagina sem tensão, pode ocorrer uma necrose do rebordo num número muito reduzido de pacientes. A rutura do local doador do rebordo também pode ocorrer num número muito reduzido de pacientes, sendo mais provável se o aporte vascular através do pedículo e do túnel estiver comprometido.

Para obter mais informações, consulte 4. Complicações da cirurgia de fístula; página 238

Cuidados pós-operatórios

Cateterismo: No pós-operatório, o cateter de Foley deve permanecer colocado em drenagem livre durante 10–14 dias.

Dieta: A paciente pode fazer uma dieta normal e deve ser incentivada a ingerir líquidos suficientes para garantir que a urina apresenta uma tonalidade clara.

Avaliação de resultados cirúrgicos: Consulte 5.2. Avaliação de resultados cirúrgicos; página 246.

Para obter mais informações, consulte 5. Cuidados Pós-Operatórios; página 244

Conselhos específicos de alta

Os seguintes conselhos específicos devem ser comunicados à paciente (bem como ao(s) respetivo(s) acompanhante(s), se for o caso) antes da alta:

- A importância de comparecer nas consultas de acompanhamento pós-operatório.
- Continuar o treino da bexiga e os exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico, conforme as instruções, bem como os exercícios de reabilitação motora se o pé caído continuar presente.
- Assegurar o parto por cesariana eletiva em todas as gravidezes subsequentes (se a paciente não tiver tido uma histerectomia ou não estiver na pós-menopausa).

Para obter mais informações, consulte 5.4. Conselhos antes da alta; página 252

Avaliação de Desempenho – Fístula vesicovaginal circunferencial

A Avaliação de Desempenho é utilizada em todos os módulos para avaliar as competências e o progresso dos formandos. Tem de ser **preenchida, assinada e datada pelo formador**.

	Insatisfatória	Satisfatória	Boa
Geral			
1. Planeamento e preparação	Diagnóstico incorreto com investigações e preparação pré-operatória inadequadas	Diagnóstico correto com investigações e preparação pré-operatória adequadas, mas com alguns erros	Diagnóstico correto com investigações e preparação pré-operatória adequadas
2. Aconselhamento e consentimento	Aconselhamento insuficiente e obtenção de consentimento após solicitação	Aconselhamento adequado e obtenção de consentimento	Aconselhamento correto da paciente e obtenção de consentimento
3. Passos cirúrgicos padrão	Necessitou de uma orientação considerável para seguir os passos cirúrgicos padrão	Necessitou de alguma ajuda para seguir os passos cirúrgicos padrão	Seguiu os passos cirúrgicos padrão de forma independente e satisfatória
4. Fluxo da operação e planeamento antecipado	Paragens/hesitações regulares com planeamento antecipado insuficiente	Progressão adequada, mas com alguma hesitação no planeamento futuro	Boa progressão e bom planeamento antecipado
5. Conhecimento e manuseamento de instrumentos	Manuseou mal os instrumentos e necessitou de ajuda significativa na seleção dos mesmos	Necessitou de ajuda ocasional no manuseamento e seleção de instrumentos	Manuseou bem os instrumentos e selecionou os instrumentos apropriados
6. Respeito pelos tecidos	Pouco respeito pelos tecidos e/ou ajuda necessária para encontrar planos de tecidos adequados	Respeito adequado pelos tecidos, tendo encontrado planos de tecidos adequados	Respeito satisfatório pelos tecidos, tendo encontrado facilmente os planos de tecidos adequados

7. Suturas e nós	Suturas colocadas de forma imprecisa ou remoção e substituição repetida da agulha nos tecidos para uma colocação correta. Nós soltos e inseguros	Colocação adequada de suturas e nós	Suturas colocadas de forma precisa, com nós adequados
8. Utilização técnica de assistentes	Utilização incorreta dos assistentes	Utilização correta dos assistentes na maior parte do tempo	Utilização sempre correta dos assistentes
9. Relações com a paciente e a equipa cirúrgica	Comunicação e respeito pela paciente e pela equipa cirúrgica inadequados	Boa comunicação e respeito pela paciente e pela equipa cirúrgica na maior parte do tempo	Excelente comunicação e respeito pela paciente e pela equipa cirúrgica
10. Perspicácia e atitude	Compreensão limitada dos próprios pontos fortes e fracos	Compreensão intermédia dos próprios pontos fortes e fracos	Boa compreensão dos próprios pontos fortes e fracos
Especificidade do procedimento			
11. Compreensão da patologia	Compreensão inadequada da fístula circunferencial	Compreensão adequada da fístula circunferencial	Boa compreensão da fístula circunferencial
12. Passos cirúrgicos específicos para a reparação da fístula vesicovaginal circunferencial	Conhecimento limitado ou incorreto dos passos cirúrgicos específicos para a reparação da fístula vesicovaginal circunferencial	Conhecimento correto, mas incompleto dos passos cirúrgicos específicos para a reparação da fístula vesicovaginal circunferencial	Bom conhecimento dos passos cirúrgicos específicos para a reparação da fístula vesicovaginal circunferencial

13. Identificação e proteção dos ureteres	Ajuda necessária para identificar os ureteres, reconhecer as lesões dos ureteres e/ou proceder ao cateterismo	Foi possível identificar os ureteres e reconhecer as lesões ureterais, mas foi necessária ajuda para proceder ao cateterismo	Foi possível identificar os ureteres, reconhecer as lesões ureterais e proceder ao cateterismo de forma independente
14. Incisão inicial e mobilização da bexiga	Ajuda significativa necessária para a incisão e/ou mobilização	Incisão e mobilização adequadas	Boa incisão no local apropriado e mobilização da bexiga através do plano adequado
15. Identificação de perda uretral e reconstrução	Ajuda significativa necessária para identificar a perda uretral e para a reconstrução	Perda uretral identificada, mas foi necessária ajuda para a reconstrução	Perda uretral identificada e reconstrução independente
16. Anastomose da bexiga e uretra	Ajuda significativa necessária para evitar uma anastomose incerta da bexiga com a uretra	Anastomose adequada da bexiga com a uretra	Boa anastomose da bexiga com a uretra
17. Teste de coloração intraoperatório	Necessitou de indicações para efetuar o teste de coloração	Instruções necessárias para efetuar o teste de coloração e interpretar o resultado	Teste de coloração efetuado de forma independente e resultado interpretado corretamente
18. Sling ou suporte para a uretra, se necessário	Ajuda significativa necessária com sling ou suporte para a uretra	Sling ou suporte adequado para a uretra	Bom sling ou suporte para a uretra

19. Encerramento da vagina	Ajuda necessária para encerrar a vagina e/ou presença de tensão na vagina e/ou uretra	Encerramento adequado da vagina, mas necessitou de indicações para evitar puxar a vagina e/ou a uretra	Encerramento correto e independente da vagina sem qualquer tensão na vagina e na uretra
20. Documentação do procedimento	Documentação escrita insuficiente	Documentação suficiente, mas com algumas omissões	Documentação clara e abrangente, com todas as informações necessárias
Complicações			
21. Compreensão de eventuais complicações, incluindo a forma de identificar e gerir as mesmas	Compreensão limitada das complicações e/ou falta de clareza dos respetivos cuidados	Compreensão adequada das complicações e planos para os respetivos cuidados	Boa compreensão das complicações, com planos de cuidados claros
Cuidados pós-operatórios			
22. Planeamento dos cuidados pós-operatórios, incluindo o cateterismo e a dieta	Planeamento inadequado dos cuidados pós-operatórios	Planeamento adequado dos cuidados pós-operatórios	Bom planeamento dos cuidados pós-operatórios
23. Conhecimento dos testes de continência e avaliação dos resultados	Conhecimento limitado dos testes de continência e da avaliação dos resultados	Conhecimento adequado dos testes de continência e da avaliação dos resultados	Bom conhecimento dos testes de continência e da avaliação dos resultados
Comentários de acordo com a avaliação de desempenho		Aprovação (S/N)	Assinatura do formador e data
1.			

3. Aquisição de competências em cirurgia de fístula
Nível 2 Módulo 5 Fístula vesicovaginal circunferencial

2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

Livro de Registro do Módulo – Fístula vesicovaginal circunferencial

Este é um registro de cirurgias observadas e realizadas pelo formando, devendo ser compilado pelo formando **com um formador presente**.

Data	Descrição do caso	Tipo – Observação ou assistência – Supervisão direta – Prática clínica independente	Se aplicável, aprovação na avaliação de desempenho (S/N)	Comentários	Assinatura do formador

Módulo 6 Fístula retovaginal alta e cicatrizada

Objetivos de aprendizagem

No final deste módulo, os formandos devem ser capazes de:

1. Explicar as características das fístulas retovaginais altas e cicatrizadas.
2. Descrever a avaliação pré-operatória, os passos cirúrgicos e os cuidados pós-operatórios das fístulas retovaginais altas e cicatrizadas.
3. Reparar fístulas retovaginais altas e cicatrizadas.
4. Descrever as principais complicações da cirurgia de fístula retovaginal alta e cicatrizada e os respetivos cuidados.

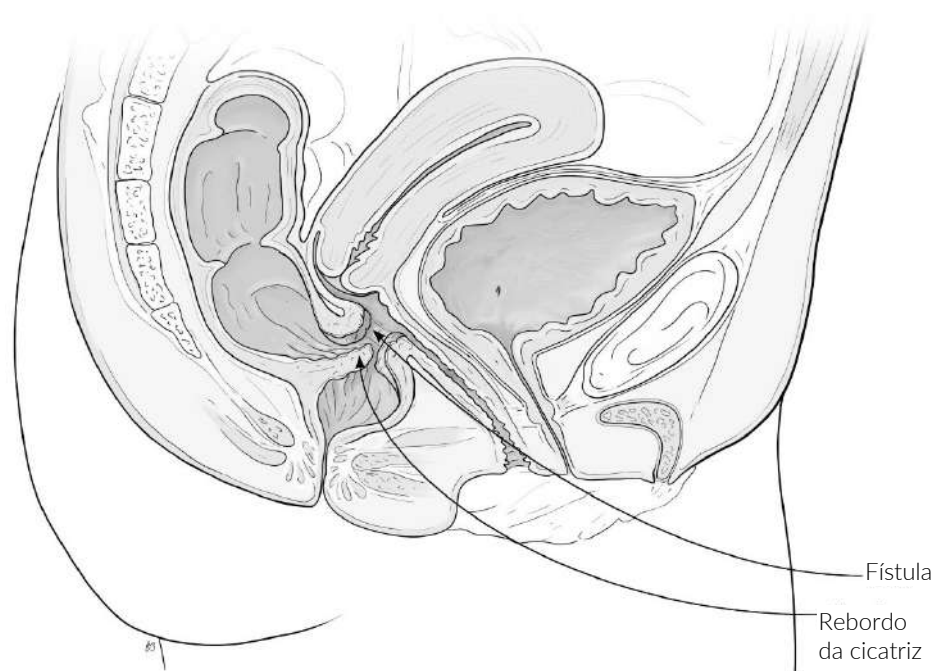


Figura 25. Corte transversal de uma fístula retovaginal alta e cicatrizada.

As fístulas retovaginais altas e cicatrizadas são tecnicamente mais difíceis de reparar por causa do difícil acesso e do risco de hemorragia dos vasos retais laterais. Por norma, as fístulas retovaginais altas são adjacentes ao colo uterino. A margem superior da fístula retal pode ser dividida atrás do colo uterino, dificultando bastante o alcance por via vaginal. Felizmente, estas lesões são mais raras do que as lesões retais inferiores. As fístulas retovaginais cicatrizadas podem encontrar-se em qualquer parte da parede vaginal posterior, mas estão presas em tecido cicatricial rígido apertado que terá de ser ressecado antes de qualquer tentativa de reparação.

Avaliação pré-operatória

Historial: Por norma, as fístulas retovaginais altas e cicatrizadas resultam de um trabalho de parto obstruído mais prolongado. Os trabalhos de parto que provocam fístulas retovaginais significativas tendem a ser mais longos do que os trabalhos de parto que provocam apenas fístulas

vesicovaginais. A paciente deve ser questionada e examinada quanto a uma possível incontinência urinária (tendo em conta que as fístulas vesicovaginais são geralmente concomitantes) e quanto a danos nervosos nos membros inferiores, uma vez que o pé caído ocorre com mais frequência em fístulas retovaginais altas e cicatrizadas.

Diagnóstico: Por norma, tudo o que é necessário para diagnosticar fístulas retovaginais altas e cicatrizadas é o historial e o exame. Às vezes, não é possível realizar um exame vaginal, porque a vagina está encerrada por cicatrizes. Um exame retal digital permitirá revelar a fístula e eventuais estenoses. Ocasionalmente, a fístula pode ser pequena e não se sentir no tecido cicatrizado. É possível realizar um teste de coloração retal de forma semelhante ao teste de coloração da bexiga, com o cateter de Foley a ser inserido no reto através do ânus. Coloque uma gaze firmemente sobre o ânus com o cateter in situ para recolher qualquer coloração que possa derramar através do ânus.

Planeamento e cuidados: É importante garantir que a paciente não esteja anémica, uma vez que as reparações de fístulas retovaginais altas e cicatrizadas tendem a provocar uma maior perda de sangue do que as fístulas retovaginais simples, especialmente se forem dissecadas nos planos retais laterais. É bom ser cauteloso e ter algum sangue compatível a postos. O intestino deve ser preparado adequadamente, de acordo com a preferência do cirurgião, para garantir que a paciente tem o intestino vazio antes da operação. Por norma, esta preparação inclui uma dieta líquida e enemas de manhã e à noite no dia anterior à cirurgia, seguido por jejum a partir da meia-noite na noite anterior à cirurgia. Não costuma ser necessário proceder a uma colostomia, mas, se esse for o caso, uma colostomia sigmoide de alça temporária é uma solução simples e eficaz. Deve ser feito cerca de 2-3 semanas antes da reparação da fístula retovaginal, em função da saúde da paciente e do estado dos tecidos. As indicações para uma colostomia derivativa temporária podem incluir:

- Defeitos retovaginais localizados numa zona muito alta e/ou muito grandes (> 5 cm).
- Inflamação/infeção persistente com falha de tratamento conservador (limpeza e desbridamento local).
- Reparações de fístulas retovaginais anteriores sem sucesso.
- Presença de possíveis sinais de obstrução intestinal mecânica.
- Diagnóstico de outras condições clínicas incidentais (por exemplo, malignidade, doença inflamatória intestinal, tuberculose).

Para obter mais informações, consulte 2. Cuidados clínicos pré-operatórios; página 13

Cirurgia

A maioria das fístulas retovaginais ocorre em conjunto com uma fístula vesicovaginal, sendo possível reparar ambas no mesmo procedimento. Muitos cirurgiões preferem reparar a fístula vesicovaginal primeiro, para remover a urina do campo operatório. Alternativamente, outros preferem "preparar" o procedimento, ou seja, reparar primeiro a fístula retovaginal e, em seguida, a fístula da bexiga depois de a fístula retovaginal cicatrizar.

Os princípios cirúrgicos são semelhantes em todos os outros procedimentos relacionados com fístulas, mas as fístulas retovaginais altas e cicatrizadas geralmente exigem cuidados adicionais com a exposição. Nos casos raros em que a extremidade proximal da fístula não pode ser alcançada por via vaginal, a reparação poderá ter de ser abordada abdominalmente.

Via vaginal

1. Administre um anestésico, se for o caso.
2. Administre antibióticos profiláticos adequados, de acordo com a disponibilidade e a preferência do cirurgião, que devem incluir 500 mg de metronidazol por via intravenosa. Por norma, estes são administrados imediatamente antes da operação, ao mesmo tempo que a anestesia.
3. Posicione a paciente na posição de litotomia exagerada, semelhante a uma reparação da fístula vesicovaginal, mas com a mesa ligeiramente menos inclinada para garantir que a fístula retovaginal se encontra no campo cirúrgico.
4. Se o intestino não for devidamente preparado, poderá ocorrer derrame fecal através da fístula. Se tal ocorrer, deve ser feito um enema no bloco operatório para garantir a limpeza do campo cirúrgico. Se tal não for possível, é melhor adiar a operação até que o intestino esteja devidamente preparado.
5. Após a preparação e a colocação dos campos cirúrgicos, é recomendada uma episiotomia generosa para ajudar em termos de exposição.
6. Alguns cirurgiões, mas não todos, realizam uma hidrodissecção (solução salina estéril ou uma mistura de lidocaína e adrenalina). Se for realizada corretamente, esta abre os planos para facilitar a dissecção e, se for utilizada adrenalina, também reduz a perda de sangue. É importante realizar a infiltração no plano correto: não aplique solução salina indiscriminadamente em todos os tecidos do campo cirúrgico e em planos incorretos.
7. Utilize o método de divisão de rebordos para criar uma mobilidade adequada do reto, do ânus e, por vezes, do sigmoide. Como existe uma estenose, o tecido cicatricial deve ser removido ou a estenose retal incisada e/ou dilatada. Tenha o cuidado de observar e monitorizar a perda de sangue.
8. A cavidade peritoneal é frequentemente aberta durante o procedimento, mas é imperativo evitar a entrada de sangue, urina e fezes na cavidade peritoneal. Alguns cirurgiões suturam o peritónio, enquanto outros inserem um tampão, deixando uma "cauda" longa no tampão para evitar perdê-lo. É necessário ter especial cuidado ao realizar este processo.
9. O reto deve ser encerrado sem tensão, com suturas interrompidas excluindo a mucosa e, geralmente, com duas camadas na musculatura. Para evitar o estreitamento do lúmen, encerre a fístula na direção transversal e verifique a largura do lúmen por exame retal digital, certificando-se de que não surgiu nenhuma estenose significativa durante a reparação.
10. Para evitar o estreitamento do lúmen, encerre a fístula na direção transversal e verifique a largura do lúmen por exame retal digital.
11. Caso tenha entrado na cavidade peritoneal, é necessário encerrá-la por cima da fístula reparada antes de encerrar a vagina.
12. Repare o lado vaginal sem tensão. No caso de existir uma perda substancial de tecido vaginal, poderão ser necessários rebordos. Uma sutura de ácido poliglicólico 2-0 é mais comumente utilizada.
13. Certifique-se sempre de que o esfíncter anal está intacto.

14. Insira um cateter de Foley para manter a bexiga em drenagem livre.
15. Caso tenha realizado uma episiotomia, suture a mesma e remova as suturas labiais.
16. Insira um tampão vaginal estéril para reduzir o risco de hemorragia e a formação de hematomas e remova-o no dia seguinte. Por norma, o tampão é feito de gaze impregnada de iodo ou vaselina. Não deve colar e deve ser suficientemente firme para reduzir a hemorragia, mas não demasiado firme ao ponto de causar dor ou danos nos tecidos.

Passos Cirúrgicos Críticos

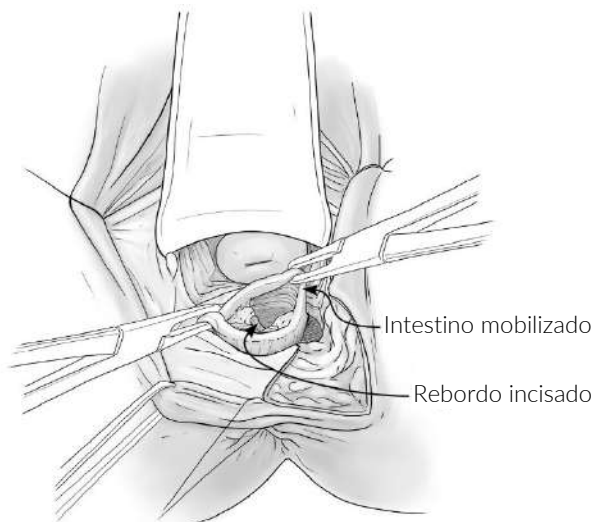


Figura 26. Foi realizada uma episiotomia para facilitar o acesso. A vagina é refletida para fora do reto e o rebordo posterior da cicatriz foi incisado.

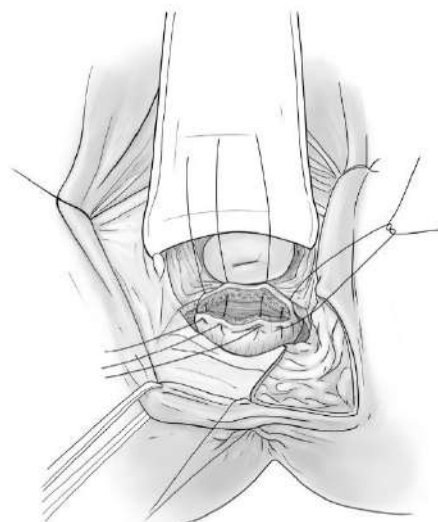


Figura 27. O reto anterior é reparado com suturas interrompidas. As suturas passam pela camada da musculatura, excluindo a mucosa.

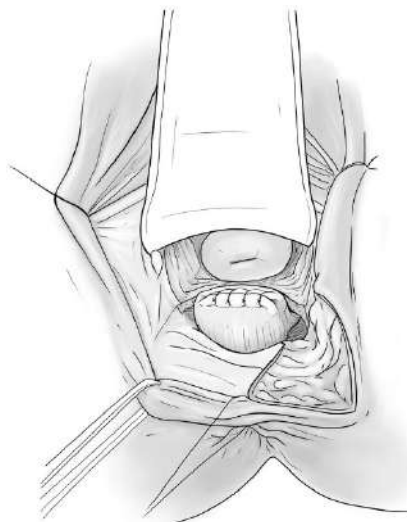


Figura 28. O reto é reparado em duas camadas. Certifique-se de que a estenose não está a obstruir o lúmen. Para isso, proceda a um exame retal completo.

Via abdominal

Por vezes, o reto encontra-se muito alto e fixo, em especial no promontório sacral, e não pode ser alcançado em segurança pela via vaginal, embora a decisão dependa do cirurgião.

1. Administre um anestésico, se for o caso.
2. Administre antibióticos profiláticos adequados, de acordo com a disponibilidade e a preferência do cirurgião, que devem incluir 500 mg de metronidazol por via intravenosa. Por norma, estes são administrados imediatamente antes da operação, ao mesmo tempo que a anestesia.
3. Posicione a paciente em posição supina.
4. Insira um cateter de Foley para manter a bexiga em drenagem livre.
5. Após a preparação e a colocação dos campos cirúrgicos, realize uma laparotomia através de uma linha média ou da incisão de Pfannenstiel.
6. Coloque um tampão no intestino.
7. Caso tenha sido realizada uma histerectomia, levante o útero ou a bexiga para a frente.
8. Mobilize o plano entre a vagina e o reto.
9. Depois de atingir a fístula, a cicatriz retal deve ser removida ou a estenose incisada.
10. Repare o reto em duas camadas transversalmente, sintá se o lúmen é suficientemente largo e repare o defeito da vagina.
11. É possível colocar um rebordo de omento entre o reto e a vagina para promover a cicatrização.
12. Lave o abdómen com uma solução salina morna antes de encerrar, colocando um dreno conforme necessário.
13. Verifique sempre se o esfíncter anal está intacto.

Passo Cirúrgico Crítico

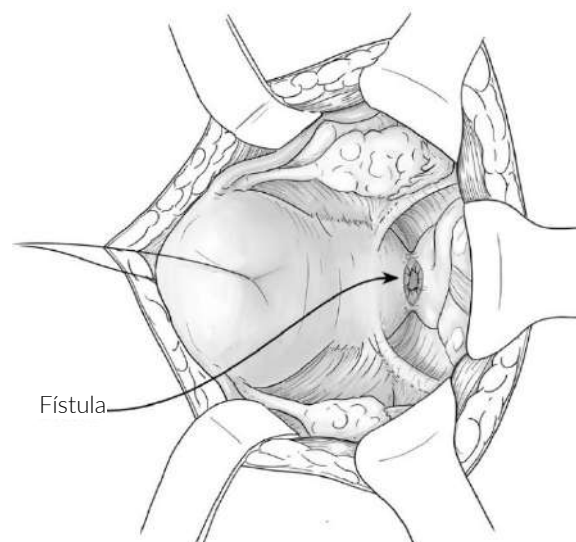


Figura 29. Uma fístula retovaginal alta vista na laparotomia. O útero é retraído com uma sutura para ajudar a expor a fístula.

Complicações

- Hemorragia.
- Se tiver sido usado um rebordo para reparar a vagina, pode ocorrer uma infecção, uma falha ou a necrose do rebordo.
- Estenose retal.
- Se a cavidade peritoneal tiver sido aberta e o conteúdo tiver entrado no peritônio, a paciente pode desenvolver íleo paralítico. Tenha sempre cuidado com a possibilidade de peritonite.

Para obter mais informações, consulte 4. Complicações da cirurgia de fístula; página 238

Cuidados pós-operatórios

Cateterismo: Em caso de reparação de uma fístula vesicovaginal coexistente, o cateter deve ser mantido durante 10–14 dias, de acordo com o protocolo de fístula vesicovaginal. Se a paciente apresentar isoladamente uma fístula retovaginal, o cateter pode ser removido quando a paciente se puder mover, geralmente no dia seguinte.

Dieta: É extremamente importante impedir a ocorrência de obstipação, para evitar empurrar com força fezes duras pela sutura, o que arriscaria danos nos tecidos em cicatrização e uma possível falha do procedimento. Após a operação, a paciente deve ser sujeita a reidratação intravenosa até poder beber normalmente. No dia seguinte, pode ser iniciada uma dieta ligeira, que irá persistir por 6–7 dias, até à reintrodução de uma dieta normal. Para garantir que a paciente não fica obstipada, deve ser prescrito um laxante (bisacodil) no início da dieta leve, devendo a toma continuar por 1 semana. O laxante deve ser interrompido se as fezes se tornarem demasiado líquidas. Se a paciente fizer uma colostomia, é possível iniciar uma dieta normal de imediato.

Avaliação de resultados cirúrgicos: A paciente deve ser interrogada e examinada em relação a qualquer incontinência intestinal. Em caso de dúvida, deve ser realizado um teste de coloração retal (*consulte* Teste de Coloração para Fístula Retovaginal; página 18). Se a paciente tiver uma colostomia, a mesma pode ser readmitida 4–6 semanas após a operação inicial para encerrar a colostomia. Nesse caso, é importante realizar sempre um teste de coloração retal primeiro para verificar se a fístula está devidamente encerrada antes de agendar o encerramento da colostomia.

Para obter mais informações, consulte 5. Cuidados Pós-Operatórios; página 244

Conselhos específicos de alta

Os seguintes conselhos específicos devem ser comunicados à paciente (bem como ao(s) respetivo(s) acompanhante(s), se for o caso) antes da alta:

- A importância de comparecer nas consultas de acompanhamento pós-operatório.
- Garantir uma dieta adequada para evitar a obstipação e o esforço de empurrar com força fezes duras para além da reparação, em especial nos primeiros 3 meses enquanto os tecidos cicatrizam. Se necessário, tomar um laxante (bisacodil), conforme prescrito. Tenha em conta que este

3. Aquisição de competências em cirurgia de fístula

Nível 2 Módulo 6 Fístula retovaginal alta e cicatrizada

conselho poderá ter necessidade de ser ajustado para pacientes com incontinência fecal persistente.

- Continuar o treino da bexiga e os exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico, conforme as instruções, bem como os exercícios de reabilitação motora se o pé caído continuar presente.
- Assegurar o parto por cesariana eletiva em todas as gravidezes subsequentes (se a paciente não tiver tido uma histerectomia ou não estiver na pós-menopausa).

Para obter mais informações, consulte 5.4. Conselhos antes da alta; página 252

Avaliação de Desempenho – Fístula retovaginal alta e cicatrizada

A Avaliação de Desempenho é utilizada em todos os módulos para avaliar as competências e o progresso dos formandos. Tem de ser **preenchida, assinada e datada pelo formador**.

	Insatisfatória	Satisfatória	Boa
Geral			
1. Planeamento e preparação	Diagnóstico incorreto com investigações e preparação pré-operatória inadequadas	Diagnóstico correto com investigações e preparação pré-operatória adequadas, mas com alguns erros	Diagnóstico correto com investigações e preparação pré-operatória adequadas
2. Aconselhamento e consentimento	Aconselhamento insuficiente e obtenção de consentimento após solicitação	Aconselhamento adequado e obtenção de consentimento	Aconselhamento correto da paciente e obtenção de consentimento
3. Passos cirúrgicos padrão	Necessitou de uma orientação considerável para seguir os passos cirúrgicos padrão	Necessitou de alguma ajuda para seguir os passos cirúrgicos padrão	Seguiu os passos cirúrgicos padrão de forma independente e satisfatória
4. Fluxo da operação e planeamento antecipado	Paragens/hesitações regulares com planeamento antecipado insuficiente	Progressão adequada, mas com alguma hesitação no planeamento futuro	Boa progressão e bom planeamento antecipado
5. Conhecimento e manuseamento de instrumentos	Manuseou mal os instrumentos e necessitou de ajuda significativa na seleção dos mesmos	Necessitou de ajuda ocasional no manuseamento e seleção de instrumentos	Manuseou bem os instrumentos e selecionou os instrumentos apropriados
6. Respeito pelos tecidos	Pouco respeito pelos tecidos e/ou ajuda necessária para encontrar planos de tecidos adequados	Respeito adequado pelos tecidos, tendo encontrado planos de tecidos adequados	Respeito satisfatório pelos tecidos, tendo encontrado facilmente os planos de tecidos adequados

7. Suturas e nós	Suturas colocadas de forma imprecisa ou remoção e substituição repetida da agulha nos tecidos para uma colocação correta. Nós soltos e inseguros	Colocação adequada de suturas e nós	Suturas colocadas de forma precisa, com nós adequados
8. Utilização técnica de assistentes	Utilização incorreta dos assistentes	Utilização correta dos assistentes na maior parte do tempo	Utilização sempre correta dos assistentes
9. Relações com a paciente e a equipa cirúrgica	Comunicação e respeito pela paciente e pela equipa cirúrgica inadequados	Boa comunicação e respeito pela paciente e pela equipa cirúrgica na maior parte do tempo	Excelente comunicação e respeito pela paciente e pela equipa cirúrgica
10. Perspicácia e atitude	Compreensão limitada dos próprios pontos fortes e fracos	Compreensão intermédia dos próprios pontos fortes e fracos	Boa compreensão dos próprios pontos fortes e fracos
Especificidade do procedimento			
11. Compreensão da patologia	Compreensão inadequada da fístula retovaginal alta e cicatrizada	Compreensão adequada da fístula retovaginal alta e cicatrizada	Boa compreensão da fístula retovaginal alta e cicatrizada
12. Decisão relação à via vaginal/abdominal	Orientação significativa necessária para escolher a via mais adequada	Ponderação adequada da via adequada	Ponderação da via mais adequada e tomada de uma decisão correta e informada

13. Passos cirúrgicos específicos para a reparação da fístula retovaginal alta e cicatrizada, de acordo com a via selecionada	Conhecimento limitado ou incorreto dos passos cirúrgicos específicos para a reparação da fístula retovaginal alta e cicatrizada	Conhecimento correto, mas incompleto dos passos cirúrgicos específicos para a reparação da fístula retovaginal alta e cicatrizada	Bom conhecimento dos passos cirúrgicos específicos para a reparação da fístula retovaginal alta e cicatrizada
14. Identificação da lesão do esfíncter anal e conhecimento dos riscos de incontinência fecal/de flatos persistente	Necessitou de indicação para procurar lesões do esfíncter anal e conhecimento limitado dos riscos de incontinência fecal/de flatos persistente	Procurou de forma adequada lesões do esfíncter anal e conhecimento suficiente dos riscos de incontinência fecal/de flatos persistente	Procurou de forma independente lesões do esfíncter anal e bons conhecimentos dos riscos de incontinência fecal/de flatos persistente
15. Mobilização, dilatação retal (se necessário) e reparação da parede retal anterior	Ajuda significativa necessária para mobilizar e/ou dilatar o reto e a vagina, e para reparar a parede retal anterior	Mobilização e/ou dilatação adequada do reto e da vagina e, após algumas indicações, reparação razoável da parede retal anterior	Boa mobilização e/ou dilatação do reto e da vagina, e reparação independente da parede retal anterior
16. Passos necessários para reduzir a probabilidade de incontinência fecal/de flatos	Necessitou de assistência para reduzir a probabilidade de incontinência fecal/de flatos	Reduziu adequadamente a probabilidade de incontinência fecal/de flatos	Reduziu bem a probabilidade de incontinência fecal/de flatos
17. No caso de via vaginal, reparação da vagina (considerado o uso de rebordos, se for o caso)	Necessitou de ajuda para reparar a vagina sem tensão e, se apropriado, cobrir adequadamente a parede vaginal posterior com um rebordo	Reparou a vagina de forma satisfatória, mas necessitou de indicações para evitar tensão e, se apropriado, cobrir adequadamente a parede vaginal posterior com um rebordo	Boa reparação da vagina sem tensão e, se apropriado, cobertura correta da parede vaginal posterior com um rebordo

18. No caso de via abdominal, encerramento do abdómen	Ajuda necessária para encerrar o abdómen	Encerramento adequado do abdómen	Encerramento do abdómen bem realizado
19. Documentação do procedimento	Documentação escrita insuficiente	Documentação suficiente, mas com algumas omissões	Documentação clara e abrangente, com todas as informações necessárias
Complicações			
20. Compreensão de eventuais complicações, incluindo a forma de identificar e gerir as mesmas	Compreensão limitada das complicações e/ou falta de clareza dos respetivos cuidados	Compreensão adequada das complicações e planos para os respetivos cuidados	Boa compreensão das complicações, com planos de cuidados claros
Cuidados pós-operatórios			
21. Planeamento dos cuidados pós-operatórios, incluindo o cateterismo e a dieta	Planeamento inadequado dos cuidados pós-operatórios	Planeamento adequado dos cuidados pós-operatórios	Bom planeamento dos cuidados pós-operatórios
22. Conhecimento dos testes de continência e avaliação dos resultados	Conhecimento limitado dos testes de continência e da avaliação dos resultados	Conhecimento adequado dos testes de continência e da avaliação dos resultados	Bom conhecimento dos testes de continência e da avaliação dos resultados
Comentários de acordo com a avaliação de desempenho		Aprovação (S/N)	Assinatura do formador e data
1.			
2.			

3.		
4.		
5.		
6.		

Módulo 7 Fístula vesicocervical/vesicouterina

Objetivos de aprendizagem

No final deste módulo, os formandos devem ser capazes de:

1. Explicar as características das fístulas vesicocervicais/vesicouterinas.
2. Descrever a avaliação pré-operatória, os passos cirúrgicos e os cuidados pós-operatórios das fístulas vesicocervicais/vesicouterinas.
3. Reparar fístulas vesicocervicais/vesicouterinas.
4. Descrever as principais complicações da cirurgia de fístula vesicocervical/vesicouterina e os respetivos cuidados.

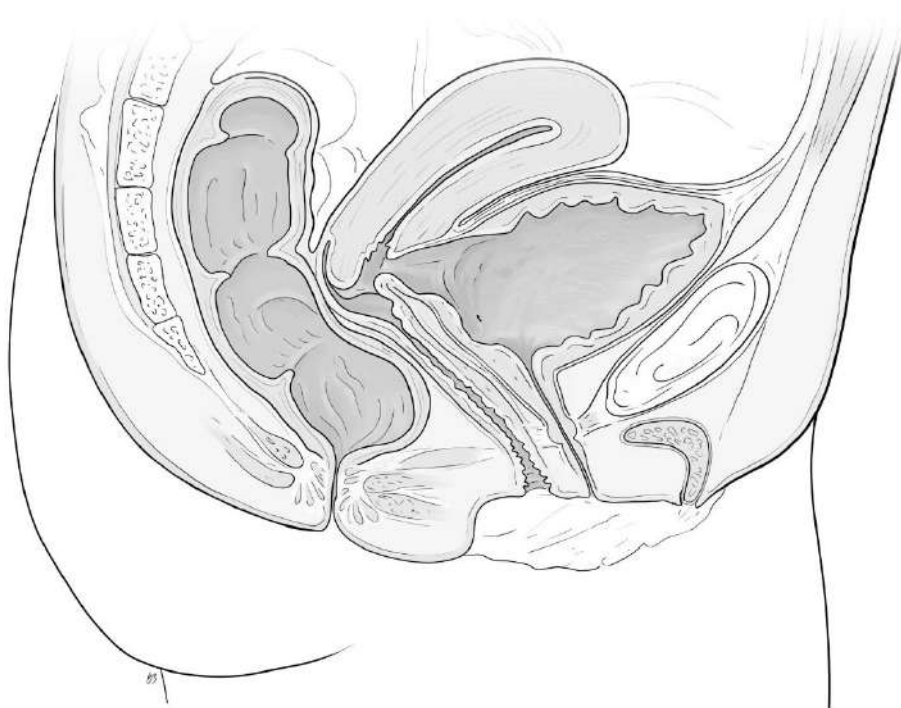


Figura 30. Corte transversal de uma fístula vesicocervical/vesicouterina.

As fístulas vesicocervicais e vesicouterinas consistem em comunicações patológicas entre a bexiga e o colo uterino ou a bexiga e o útero. Também podem existir em combinação. São quase sempre supratrigonais. Podem ser provocadas por um trabalho de parto obstruído e uma lesão isquémica, mas ocorrem mais frequentemente de forma iatrogénica durante procedimentos cirúrgicos, em particular cesarianas,⁶⁸ especialmente se a bexiga for suturada no segmento inferior durante a reparação. Também podem ocorrer no coto cervical após uma histerectomia subtotal, inclusive após uma histerectomia subtotal por cesariana. Se este for o caso, alguns cirurgiões com formação

⁶⁸ Raassen *et al.* Iatrogenic Genitourinary Fistula: An 18-Year Retrospective Review of 805 Injuries; M. Onsrud, S. Sjøveian, D. Mukwege. Cesarean Delivery-Related Fistulae in the Democratic Republic of Congo. *Int J Gynecol Obstet* (2011).

adequada para efetuar o procedimento poderão decidir realizar uma traquelectomia de qualquer tecido cervical remanescente, o que também remove um possível risco de cancro.

Por vezes, as fístulas vesicocervicais e vesicouterinas podem apresentar-se como síndrome de Youssef, ou seja, menúria, hematúria com menstruação. As pacientes poderão ser continentemente, ter incontinência intermitente ou ser totalmente incontinentemente.

Avaliação pré-operatória

Historial: A paciente terá um historial de cesariana e/ou histerectomia subtotal e poderá apresentar incontinência ou menúria.

Diagnóstico: Realize um exame especular e um teste de coloração, porque a fístula poderá ser muito alta e não ser visível. Muitas vezes, o lábio anterior do colo uterino está em falta. Tenha em conta que, por vezes, a coloração leva bastante tempo a mover-se por entre a fístula, em direção à vagina. Se o teste de coloração for negativo, coloque 100 mL de solução de coloração na bexiga e uma compressa de gaze na vagina. Peça à paciente para caminhar durante uma hora, beber bastante e, em seguida, retirar a gaze. Ao utilizar esta técnica, muitos testes de coloração apresentam um resultado positivo. Se o resultado da coloração permanecer negativo, mas a paciente apresentar menúria sem incontinência, faça uma cistoscopia ou histeroscopia, se disponível. No caso de a paciente ter tido uma cesariana, também é útil realizar uma ecografia aos rins e ureteres, o que ajudará a identificar eventuais danos no uréter.

Planeamento e cuidados: A paciente deve estar em jejum a partir da meia-noite da noite anterior à cirurgia. Por norma, a preparação intestinal completa não é necessária para a fístula do trato urinário, mas deve ser pedido à paciente para evacuar o intestino imediatamente antes de ir para o bloco operatório. No entanto, esta prática varia e depende da preferência individual do cirurgião.

Para obter mais informações, consulte 2. Cuidados clínicos pré-operatórios; página 13

Cirurgia

Dependendo da preferência do cirurgião, o procedimento poderá ser realizado por via vaginal ou abdominal. Tendo em conta o acesso restrito, a via vaginal é, por vezes, muito difícil e a operação poderá ter de ser efetuada por via abdominal. Se a paciente tiver tido uma cesariana 6–8 semanas antes, quaisquer suturas existentes deverão ser removidas da bexiga/do útero/do colo uterino por via vaginal, antes de prosseguir com a cirurgia.

Via vaginal

1. Administre um anestésico, se for o caso.
2. Administre antibióticos adequados, de acordo com a disponibilidade e a preferência do cirurgião. Por norma, estes são administrados imediatamente antes da operação, ao mesmo tempo que a anestesia.
3. Coloque a paciente em posição de litotomia exagerada com as nádegas consideravelmente sobre o limite da mesa cirúrgica e em posição de Trendelenburg acentuada.
4. Após a preparação e a colocação dos campos cirúrgicos, realize uma episiotomia, se necessário, para melhorar o acesso.

5. Alguns cirurgiões, mas não todos, realizam uma hidrodissecção (solução salina estéril ou uma mistura de lidocaína e adrenalina). Se for realizada corretamente, esta abre os planos para facilitar a dissecação e, se for utilizada adrenalina, também reduz a perda de sangue. É importante realizar a infiltração no plano correto: não aplique solução salina indiscriminadamente em todos os tecidos do campo cirúrgico e em planos incorretos.
6. Tal como acontece numa histerectomia vaginal, faça uma incisão anterior ao colo uterino, reflita um pequeno rebordo de vagina distalmente e retraia-o com suturas para mover o colo uterino para baixo.
7. Mobilize e disseque o espaço entre o colo uterino/útero e a bexiga até conseguir localizar a fístula. Certifique-se de que é possível diferenciar claramente a fístula do canal cervical.
8. Verifique sempre os ureteres, pois estes podem ter sido ligados ou cortados durante a cesariana e podem situar-se na extremidade ou, até mesmo, fora da fístula. Proceda ao respetivo cateterismo, conforme necessário.
9. Repare o defeito da bexiga e o defeito do colo uterino e/ou do útero com uma sutura de ácido poliglicólico 2-0. Tenha cuidado para não encerrar o canal cervical.
10. Se ainda não tiver sido inserido nenhum cateter de Foley, insira-o agora e encha o balão do cateter com 5 mL de líquido estéril. Realize um teste de coloração de rotina para confirmar o sucesso do encerramento e excluir quaisquer fístulas adicionais. Deixe o cateter de Foley in situ para manter a bexiga em drenagem livre.
11. Repare a vagina sem tensão, com uma sutura de ácido poliglicólico 2-0.
12. Caso tenha realizado uma episiotomia, suture a mesma e remova as suturas labiais.
13. Insira um tampão vaginal estéril para reduzir o risco de hemorragia e a formação de hematomas e remova-o no dia seguinte. Por norma, o tampão é feito de gaze impregnada de iodo ou vaselina. Não deve colar e deve ser suficientemente firme para reduzir a hemorragia, mas não demasiado firme ao ponto de causar dor ou danos nos tecidos.

Passos Cirúrgicos Críticos

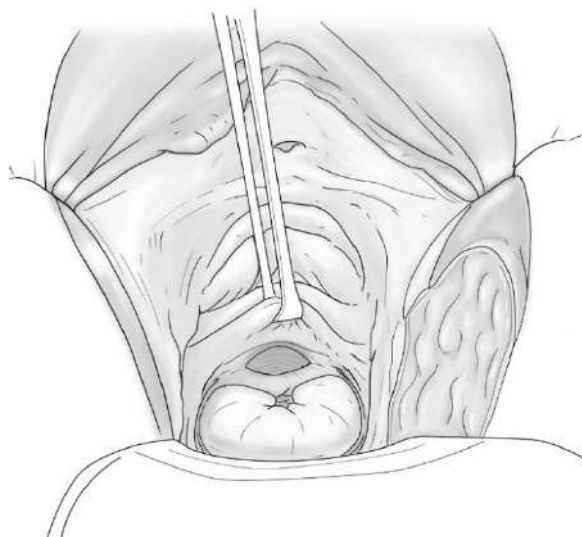


Figura 31. A fístula intracervical vista da vagina. Tenha em conta que o colo uterino anterior é quase inexistente e o tecido cervical ao redor da fístula está quase ausente.

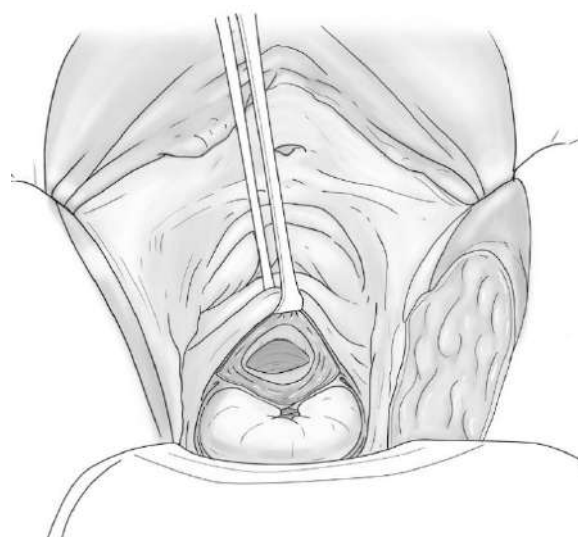


Figura 32. A fístula é mobilizada para fora do restante do colo uterino no sentido proximal e da vagina no sentido distal.

Via abdominal

A via abdominal pode ser necessária quando o colo uterino é puxado demasiado para cima após uma cesariana. Como estes tipos de fístula geralmente ocorrem em mulheres múltiparas (quatro partos ou mais), é adequado discutir a possibilidade de laqueação das trompas se a mulher não pretender engravidar novamente.

1. Administre um anestésico, se for o caso.
2. Administre antibióticos adequados, de acordo com a disponibilidade e a preferência do cirurgião. Por norma, estes são administrados imediatamente antes da operação, ao mesmo tempo que a anestesia.
3. Posicione a paciente em posição supina padrão. Para a cirurgia pélvica, o cirurgião permanece no lado esquerdo da mulher.
4. É útil inserir um cateter de Foley antes da operação e certificar-se de que está a drenar livremente.
5. Após a preparação e a colocação dos campos cirúrgicos, abra o abdómen e liberte as aderências. Coloque uma sutura de fixação através do fundo do útero e amarre-o ao retrator abdominal. Ao proceder desta forma, poderá obter uma visão clara da prega vesicouterina.
6. Coloque duas pinças de Allis na bexiga, faça uma incisão na prega vesicouterina na transversal e disseque a bexiga do segmento uterino inferior e do colo uterino.
7. Faça uma incisão na bexiga no sentido longitudinal e prolongue a incisão até à fístula, através de uma disseção pontiaguda. Muito frequentemente, o colo uterino anterior está em falta e a bexiga tem de ser dissecada da parede vaginal no septo entre a bexiga e a vagina. Certifique-se de que ambos os ureteres apresentam jato. Se um ou ambos os ureteres não produzirem urina, o uréter poderá ter de ser reimplantado adicionalmente.
8. Encerre a vagina/o colo uterino com suturas invertidas interrompidas e ácido poliglicólico 0 ou 2-0, no sentido longitudinal ou transversal. A sutura de fixação do útero poderá ter de ser libertada. Deixe algumas suturas longas para fixar mais tarde uma interposição de omento.
9. Encerre a bexiga com uma sutura contínua de ácido poliglicólico 2-0, sem passar através da mucosa. Uma camada é suficiente, mas alguns cirurgiões preferem uma segunda camada interrompida.
10. Pode ser utilizado um enxerto interposicional opcional do peritónio ou omento.
11. Lave a cavidade abdominal com uma solução salina normal antes de encerrar.
12. Encerre o abdómen, colocando um dreno em caso de necessidade.
13. Deixe o cateter de Foley in situ para manter a bexiga em drenagem livre.

Passos Cirúrgicos Críticos

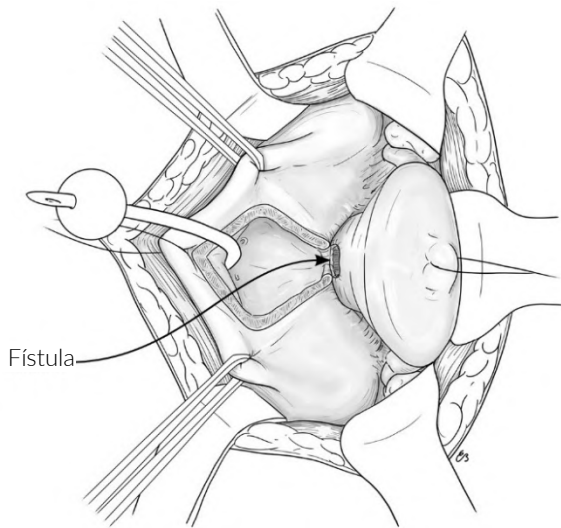


Figura 33. Uma fístula vesicocervical vista na laparotomia. Foi criada uma cistotomia e alargada à fístula. O cateter de Foley foi exposto através da cistotomia.

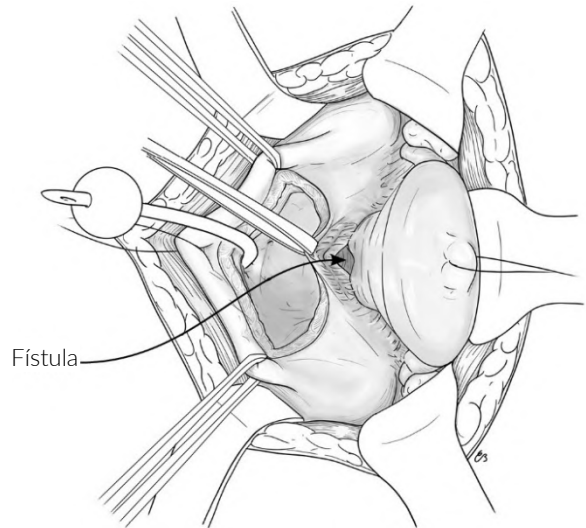


Figura 34. A bexiga é mobilizada para fora do colo uterino.

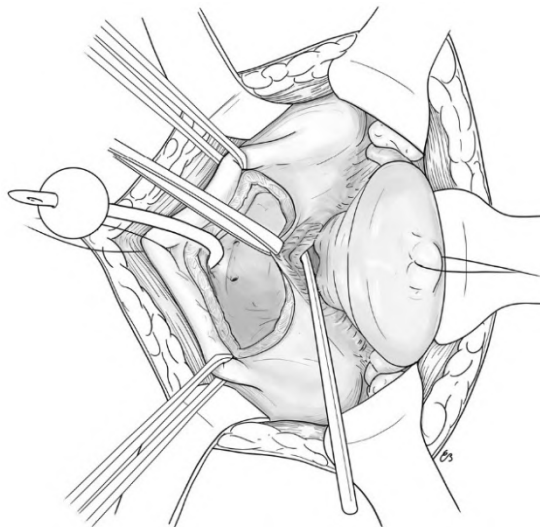


Figura 35. Uma sonda é introduzida através do defeito do colo uterino.

Complicações

- Infecção, incluindo infecção da ferida cirúrgica, em caso de via abdominal.
- Se for utilizada a via abdominal, podem existir aderências abdominais e pélvicas. Durante a adesiólise, podem ocorrer lesões viscerais e hemorragias.

Para obter mais informações, consulte 4. Complicações da cirurgia de fístula; página 238

Cuidados pós-operatórios

Cateterismo: No pós-operatório, o cateter de Foley deve permanecer colocado em drenagem livre durante 10–14 dias.

Dieta: A paciente pode fazer uma dieta normal e deve ser incentivada a ingerir líquidos suficientes para garantir que a urina apresenta uma tonalidade clara.

Avaliação de resultados cirúrgicos: Consulte 5.2. Avaliação de resultados cirúrgicos; página 246.

Para obter mais informações, consulte 5. Cuidados Pós-Operatórios; página 244

Conselhos específicos de alta

Os seguintes conselhos específicos devem ser comunicados à paciente (bem como ao(s) respetivo(s) acompanhante(s), se for o caso) antes da alta:

- A importância de comparecer nas consultas de acompanhamento pós-operatório.

Se a fístula vesicocervical/vesicouterina estiver associada a uma lesão isquémica como resultado de uma fístula obstétrica, os seguintes pontos devem ser incluídos nos conselhos de alta:

- Continuar o treino da bexiga e os exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico, conforme as instruções, bem como os exercícios de reabilitação motora se o pé caído continuar presente.
- Assegurar o parto por cesariana eletiva em todas as gravidezes subsequentes (se a paciente não tiver tido uma histerectomia ou não estiver na pós-menopausa).

Para obter mais informações, consulte 5.4. Conselhos antes da alta; página 252

Avaliação de Desempenho – Fístula vesicocervical/vesicouterina

A Avaliação de Desempenho é utilizada em todos os módulos para avaliar as competências e o progresso dos formandos. Tem de ser **preenchida, assinada e datada pelo formador**.

	Insatisfatória	Satisfatória	Boa
Geral			
1. Planeamento e preparação	Diagnóstico incorreto com investigações e preparação pré-operatória inadequadas	Diagnóstico correto com investigações e preparação pré-operatória adequadas, mas com alguns erros	Diagnóstico correto com investigações e preparação pré-operatória adequadas
2. Aconselhamento e consentimento	Aconselhamento insuficiente e obtenção de consentimento após solicitação	Aconselhamento adequado e obtenção de consentimento	Aconselhamento correto da paciente e obtenção de consentimento
3. Passos cirúrgicos padrão	Necessitou de uma orientação considerável para seguir os passos cirúrgicos padrão	Necessitou de alguma ajuda para seguir os passos cirúrgicos padrão	Seguiu os passos cirúrgicos padrão de forma independente e satisfatória
4. Fluxo da operação e planeamento antecipado	Paragens/hesitações regulares com planeamento antecipado insuficiente	Progressão adequada, mas com alguma hesitação no planeamento futuro	Boa progressão e bom planeamento antecipado
5. Conhecimento e manuseamento de instrumentos	Manuseou mal os instrumentos e necessitou de ajuda significativa na seleção dos mesmos	Necessitou de ajuda ocasional no manuseamento e seleção de instrumentos	Manuseou bem os instrumentos e selecionou os instrumentos apropriados
6. Respeito pelos tecidos	Pouco respeito pelos tecidos e/ou ajuda necessária para encontrar planos de tecidos adequados	Respeito adequado pelos tecidos, tendo encontrado planos de tecidos adequados	Respeito satisfatório pelos tecidos, tendo encontrado facilmente os planos de tecidos adequados

7. Suturas e nós	Suturas colocadas de forma imprecisa ou remoção e substituição repetida da agulha nos tecidos para uma colocação correta. Nós soltos e inseguros	Colocação adequada de suturas e nós	Suturas colocadas de forma precisa, com nós adequados
8. Utilização técnica de assistentes	Utilização incorreta dos assistentes	Utilização correta dos assistentes na maior parte do tempo	Utilização sempre correta dos assistentes
9. Relações com a paciente e a equipa cirúrgica	Comunicação e respeito pela paciente e pela equipa cirúrgica inadequados	Boa comunicação e respeito pela paciente e pela equipa cirúrgica na maior parte do tempo	Excelente comunicação e respeito pela paciente e pela equipa cirúrgica
10. Perspicácia e atitude	Compreensão limitada dos próprios pontos fortes e fracos	Compreensão intermédia dos próprios pontos fortes e fracos	Boa compreensão dos próprios pontos fortes e fracos
Especificidade do procedimento			
11. Compreensão da patologia	Compreensão inadequada da fístula vesicocervical/vesicouterina	Compreensão adequada da fístula vesicocervical/vesicouterina	Boa compreensão da fístula vesicocervical/vesicouterina
12. Planeamento pré-operatório da via mais adequada	Orientação considerável necessária para escolher a via correta	Alguma orientação necessária para escolher a via correta	Ponderação da via e tomada de decisão correta e informada
13. Passos cirúrgicos específicos para a reparação da fístula vesicocervical/vesicouterina, de acordo com a via selecionada	Conhecimento limitado ou incorreto dos passos cirúrgicos específicos para a reparação da fístula vesicocervical/vesicouterina	Conhecimento correto, mas incompleto dos passos cirúrgicos específicos para a reparação da fístula vesicocervical/vesicouterina	Bom conhecimento dos passos cirúrgicos específicos para a reparação da fístula vesicocervical/vesicouterina

14. Identificação e proteção dos ureteres	Ajuda necessária para identificar os ureteres, reconhecer as lesões dos ureteres e/ou proceder ao cateterismo	Foi possível identificar os ureteres e reconhecer as lesões ureterais, mas foi necessária ajuda para proceder ao cateterismo	Foi possível identificar os ureteres, reconhecer as lesões ureterais e proceder ao cateterismo de forma independente
15. Incisão inicial e mobilização da bexiga	Ajuda significativa necessária para a incisão e/ou mobilização	Incisão e mobilização adequadas	Boa incisão no local apropriado e mobilização da bexiga através do plano adequado
16. Mobilização da bexiga a partir do útero, do colo uterino e da vagina	Necessitou de indicações e/ou ajuda para separar a bexiga do útero, do colo uterino e da vagina	Separou a bexiga do útero, do colo uterino e da vagina sem necessitar de indicações, mas precisou de alguma ajuda	Separou a bexiga do útero, do colo uterino e da vagina de forma independente
17. Encerramento da bexiga	Ajuda necessária para encerrar a bexiga sem tensão	Encerramento adequado da bexiga, mas necessitou de indicações para evitar tensão na linha de sutura/uretra	Bom encerramento da bexiga e ângulo seguro, sem tensão na linha de sutura/uretra
18. Teste de coloração intraoperatório	Ajuda considerável necessária para efetuar o teste de coloração	Instruções necessárias para efetuar o teste de coloração e interpretar o resultado	Teste de coloração efetuado de forma independente e resultado interpretado corretamente
19. Reparação do colo uterino e/ou útero, conforme necessário	Ajuda significativa necessária para reparar o colo uterino e/ou útero, conforme necessário	Colo uterino e/ou útero devidamente reparados, conforme necessário	Colo uterino e/ou útero reparados de forma independente e correta

20. No caso de via vaginal, reparação da vagina	Ajuda necessária para reparar a vagina e/ou evitar tensão na vagina	Encerramento adequado da vagina, mas necessitou de indicações para evitar puxar a vagina	Encerramento correto e independente da vagina sem qualquer tensão na vagina
21. No caso de via abdominal, encerramento do abdómen	Ajuda necessária para encerrar o abdómen	Encerramento adequado do abdómen	Encerramento do abdómen bem realizado
22. Documentação do procedimento	Documentação escrita insuficiente	Documentação suficiente, mas com algumas omissões	Documentação clara e abrangente, com todas as informações necessárias
Complicações			
23. Compreensão de eventuais complicações, incluindo a forma de identificar e gerir as mesmas	Compreensão limitada das complicações e/ou falta de clareza dos respetivos cuidados	Compreensão adequada das complicações e planos para os respetivos cuidados	Boa compreensão das complicações, com planos de cuidados claros
Cuidados pós-operatórios			
24. Planeamento dos cuidados pós-operatórios, incluindo o cateterismo e a dieta	Planeamento inadequado dos cuidados pós-operatórios	Planeamento adequado dos cuidados pós-operatórios	Bom planeamento dos cuidados pós-operatórios
25. Conhecimento dos testes de continência e avaliação dos resultados	Conhecimento limitado dos testes de continência e da avaliação dos resultados	Conhecimento adequado dos testes de continência e da avaliação dos resultados	Bom conhecimento dos testes de continência e da avaliação dos resultados

Comentários de acordo com a avaliação de desempenho	Aprovação (S/N)	Assinatura do formador e data
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

Módulo 8 Fístula residual e do canto

Objetivos de aprendizagem

No final deste módulo, os formandos devem ser capazes de:

1. Explicar as características das fístulas residuais e do canto.
2. Descrever a avaliação pré-operatória, os passos cirúrgicos e os cuidados pós-operatórios das fístulas residuais e do canto.
3. Reparar fístulas residuais e do canto.
4. Descrever as principais complicações da cirurgia de fístula residual e do canto e os respetivos cuidados.

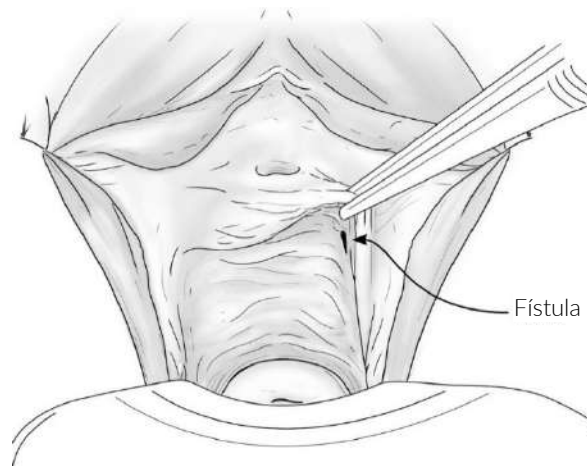


Figura 36. Vista frontal que mostra uma fístula do canto contra o osso púbico. Este costuma ser um local comum de rutura de fístulas.

Por norma, uma fístula residual consiste numa pequena fístula que permanece após a reparação de uma fístula vesicovaginal anterior num máximo de 15% dos casos.⁶⁹ A paciente sofre de incontinência urinária pela vagina após a cirurgia, devido a uma falha de reparação. Tal pode acontecer nos dias imediatamente após a operação se a própria cirurgia não tiver sido bem-sucedida ou se existir uma segunda fístula não detetada. Em alternativa, pode ocorrer mais tarde na fase de cicatrização, mais frequentemente 7–10 dias após a cirurgia, sendo, por vezes, revelada apenas quando o cateter de Foley é removido. Em casos raros, uma fístula residual pode também ocorrer numa fase posterior, depois de a paciente ter tido alta. Se este for o caso, um evento precipitante, como viajar durante muito tempo de autocarro numa estrada acidentada com a bexiga cheia, fazer um trabalho pesado ou ter relações sexuais de forma demasiado precoce, costuma ser a causa.

⁶⁹ Hancock and Browning. *Practical Obstetric Fistula Surgery*. 95.

As fístulas residuais podem ser causadas por disseção insuficiente e encerramento sob tensão. Podem ocorrer em qualquer parte em todo o comprimento da fístula vesicovaginal reparada. Exemplos de fístulas residuais incluem:

- Uma fístula de linha média após uma reparação circunferencial com uma anastomose em T.
- A chamada fístula do canto/canto após uma reparação circunferencial. Este tipo de fístulas ocorre contra o osso púbico e, por norma, ocorre numa zona elevada por trás da sínfise púbica, num ou em ambos os lados. Estas fístulas podem ser unilaterais ou bilaterais e são geralmente muito pequenas em tamanho.
- Uma fístula residual que ocorra perto do colo uterino ou no próprio colo uterino (Waaldijk tipo I, Goh tipo 1), onde o encerramento longitudinal ou horizontal foi difícil de realizar tendo em conta a profundidade da vagina. Muitas vezes, o cirurgião não terá recorrido a uma episiotomia para obter um acesso mais fácil à fístula.

Avaliação pré-operatória

Historial: A paciente terá um historial de fístula vesicovaginal anterior e reparação, com incontinência contínua posterior.

Diagnóstico: Estas fístulas costumam ser muito pequenas e difíceis de palpar, em especial as fístulas do canto. Deve ser realizado um exame especular minucioso e um teste de coloração, devendo ser suficientes para identificar a localização de uma fístula residual ou do canto. Com base no resultado do teste de coloração, o cirurgião deve decidir se deve operar ou reencaminhar a paciente para um cirurgião mais experiente. A cicatrização vaginal da lesão inicial ou da reparação podem dificultar a operação. É obrigatório realizar uma ecografia para determinar se os ureteres foram danificados.

Planeamento e cuidados: Se a paciente estiver incontinente de urina devido a uma recorrência de fístula logo após a reparação inicial, deixe o cateter de Foley no interior da bexiga durante 2–4 semanas, uma vez que algumas fístulas cicatrizam secundariamente. Se os tecidos estiverem moles e a fístula residual estiver na linha média, um cirurgião especializado em fístulas poderá operar de imediato. No entanto, como os tecidos são difíceis de manusear e friáveis e as suturas podem rasgar, a maioria dos cirurgiões costuma aguardar 3 meses antes de voltar a operar. A paciente deve estar em jejum a partir da meia-noite da noite anterior à cirurgia. Por norma, a preparação intestinal completa não é necessária para a fístula do trato urinário, mas deve ser pedido à paciente para evacuar o intestino imediatamente antes de ir para o bloco operatório. No entanto, esta prática varia e depende da preferência individual do cirurgião.

Para obter mais informações, consulte 2. Cuidados clínicos pré-operatórios; página 13

Cirurgia

Fístula residual

É importante notar que este tipo de fístula apresenta uma taxa de insucesso superior na segunda operação.

1. Administre um anestésico, se for o caso.
2. Administre antibióticos adequados, de acordo com a disponibilidade e a preferência do cirurgião. Por norma, estes são administrados imediatamente antes da operação, ao mesmo tempo que a anestesia.
3. Coloque a paciente em posição de litotomia exagerada com as nádegas consideravelmente sobre o limite da mesa cirúrgica e em posição de Trendelenburg acentuada.
4. Após a preparação e a colocação dos campos cirúrgicos, garanta uma exposição adequada. Pode ser benéfico realizar uma episiotomia generosa. Proceda à remoção do tecido cicatricial, caso exista.
5. Alguns cirurgiões, mas não todos, realizam uma hidrodissecção (solução salina estéril ou uma mistura de lidocaína e adrenalina). Se for realizada corretamente, esta abre os planos para facilitar a dissecção e, se for utilizada adrenalina, também reduz a perda de sangue. É importante realizar a infiltração no plano correto: não aplique solução salina indiscriminadamente em todos os tecidos do campo cirúrgico e em planos incorretos.
6. Tenha em consideração e proteja os ureteres, identificando-os, se possível, e procedendo ao respetivo cateterismo, se necessário.
7. Mobilize a bexiga, a vagina e o colo uterino para permitir um encerramento sem tensão.
8. Alguns tecidos cicatrizados e pouco vascularizados poderão necessitar ser removidos para garantir a reparação do tecido saudável da bexiga, sem tensão.
9. Repare a vagina sem tensão. Uma sutura de ácido poliglicólico 2-0 é mais comumente utilizada.
10. Se ainda não tiver sido inserido nenhum cateter de Foley, insira-o agora e encha o balão do cateter com 5 mL de líquido estéril. Realize um teste de coloração de rotina após a reparação para confirmar o sucesso do encerramento e excluir quaisquer fístulas adicionais. Deixe o cateter de Foley in situ para manter a bexiga em drenagem livre.
11. Caso tenha realizado uma episiotomia, suture a mesma e remova as suturas labiais.
12. Insira um tampão vaginal estéril para reduzir o risco de hemorragia e a formação de hematomas e remova-o no dia seguinte. Por norma, o tampão é feito de gaze impregnada de iodo ou vaselina. Não deve colar e deve ser suficientemente firme para reduzir a hemorragia, mas não demasiado firme ao ponto de causar dor ou danos nos tecidos.

Passo Cirúrgico Crítico

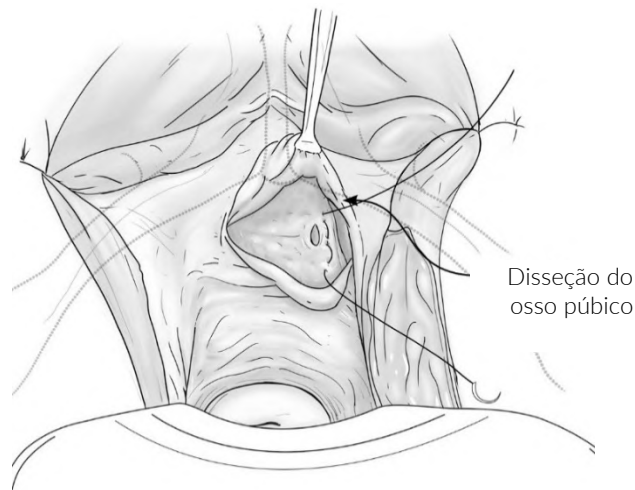


Figura 37. Foi realizada uma episiotomia para permitir o acesso. A vagina foi refletida e a bexiga foi mobilizada a partir do osso púbico. Em seguida, a bexiga pode se mover em sentido medial. A sutura do ângulo lateral é devidamente colocada, neste caso, com três pontos distintos: um distal ao ângulo, um apenas lateral ao ângulo e um proximal ao ângulo.

As fístulas laterais são mais difíceis de encerrar, com uma maior probabilidade de falha da reparação. Os passos cirúrgicos das fístulas do canto unilaterais e bilaterais são descritos abaixo, bem como o procedimento de enxerto de Martius, se necessário.

Fístula do canto unilateral

1. Administre um anestésico, se for o caso.
2. Administre antibióticos adequados, de acordo com a disponibilidade e a preferência do cirurgião. Por norma, estes são administrados imediatamente antes da operação, ao mesmo tempo que a anestesia.
3. Coloque a paciente em posição de litotomia exagerada com as nádegas consideravelmente sobre o limite da mesa cirúrgica e em posição de Trendelenburg acentuada.
4. Após a preparação e a colocação dos campos cirúrgicos, garanta uma exposição adequada. Pode ser benéfico realizar uma episiotomia generosa, em especial no lado afetado.
5. Alguns cirurgiões, mas não todos, realizam uma hidrodissecção (solução salina estéril ou uma mistura de lidocaína e adrenalina). Se for realizada corretamente, esta abre os planos para facilitar a dissecção e, se for utilizada adrenalina, também reduz a perda de sangue. É importante realizar a infiltração no plano correto: não aplique solução salina indiscriminadamente em todos os tecidos do campo cirúrgico e em planos incorretos.
6. A reparação pode ser realizada através de uma incisão oblíqua no sulco vaginal e da introdução no espaço paravesical.
7. Em seguida, a bexiga deve ser empurrada no sentido medial, deixando a fístula visível.

8. O encerramento deve incluir sempre a fixação ao periósteo dos ossos púbicos, usando uma sutura de ácido poliglicólico 2-0.
9. Repare a vagina sem tensão. Por norma, é utilizada uma sutura de ácido poliglicólico 2-0.
10. Se ainda não tiver sido inserido nenhum cateter de Foley, insira-o agora e encha o balão do cateter com 5 mL de líquido estéril. Realize um teste de coloração de rotina após a reparação para confirmar o sucesso do encerramento e excluir quaisquer fístulas adicionais. Deixe o cateter de Foley in situ para manter a bexiga em drenagem livre.
11. Pondere a utilização de um enxerto de Martius ou de outro enxerto para promover a cicatrização.
12. Caso tenha realizado uma episiotomia, suture a mesma e remova as suturas labiais.
13. Insira um tampão vaginal estéril para reduzir o risco de hemorragia e a formação de hematomas e remova-o no dia seguinte. Por norma, o tampão é feito de gaze impregnada de iodo ou vaselina. Não deve colar e deve ser suficientemente firme para reduzir a hemorragia, mas não demasiado firme ao ponto de causar dor ou danos nos tecidos.

Passo Cirúrgico Crítico

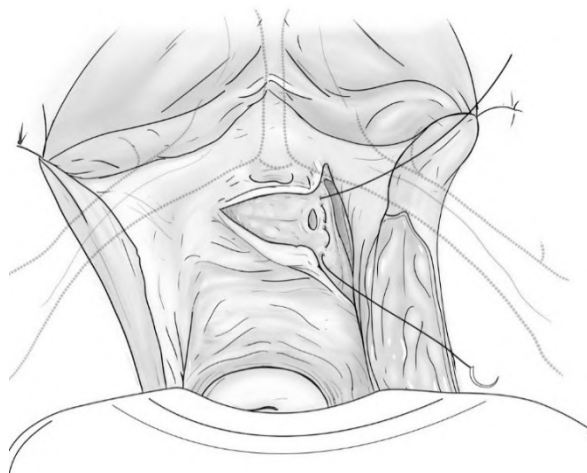


Figura 38. Como apresentado na Figura 37, mas, neste caso, a vagina foi mais refletida para fora das paredes laterais ao longo do sulco contra os ossos. Isto é feito de forma proximal e distal à fístula para ajudar no acesso.

Fístula do canto bilateral

1. Administre um anestésico, se for o caso.
2. Administre antibióticos adequados, de acordo com a disponibilidade e a preferência do cirurgião. Por norma, estes são administrados imediatamente antes da operação, ao mesmo tempo que a anestesia.
3. Coloque a paciente em posição de litotomia exagerada com as nádegas consideravelmente sobre o limite da mesa cirúrgica e em posição de Trendelenburg acentuada.
4. Após a preparação e a colocação dos campos cirúrgicos, garanta uma exposição adequada. Pode ser benéfico realizar uma episiotomia generosa.

5. Esta fístula ocorre com maior frequência após uma reparação circunferencial falhada anteriormente.
6. Alguns cirurgiões, mas não todos, realizam uma hidrodissecção (solução salina estéril ou uma mistura de lidocaína e adrenalina). Se for realizada corretamente, esta abre os planos para facilitar a dissecação e, se for utilizada adrenalina, também reduz a perda de sangue. É importante realizar a infiltração no plano correto: não aplique solução salina indiscriminadamente em todos os tecidos do campo cirúrgico e em planos incorretos.
7. A melhor forma de operar passa por desfazer toda a reparação, ligando as duas fístulas por meio de uma incisão horizontal desde a fístula do canto esquerda até à fístula do canto direita. Por norma, este método revela um defeito circunferencial, devendo ser reparado por uma anastomose vesicouretral. Na maioria das vezes, a fístula circunferencial não foi devidamente reparada por anastomose (para obter detalhes, consulte Nível 2 Módulo 5 Fístula Vesicovaginal Circunferencial; página 74). Precisa agora de ser reparada à semelhança de uma reparação circunferencial formal.
8. Repare a vagina sem tensão. Por norma, é utilizada uma sutura de ácido poliglicólico 2-0.
9. Se ainda não tiver sido inserido nenhum cateter de Foley, insira-o agora e encha o balão do cateter com 5 mL de líquido estéril. Realize um teste de coloração de rotina após a reparação para confirmar o sucesso do encerramento e excluir quaisquer fístulas adicionais. Deixe o cateter de Foley in situ para manter a bexiga em drenagem livre.
10. Pondere a utilização de um enxerto de Martius ou de outro enxerto para promover a cicatrização.
11. Caso tenha realizado uma episiotomia, suture a mesma e remova as suturas labiais.
12. Insira um tampão vaginal estéril para reduzir o risco de hemorragia e a formação de hematomas e remova-o no dia seguinte. Por norma, o tampão é feito de gaze impregnada de iodo ou vaselina. Não deve colar e deve ser suficientemente firme para reduzir a hemorragia, mas não demasiado firme ao ponto de causar dor ou danos nos tecidos.

Passos Cirúrgicos Críticos

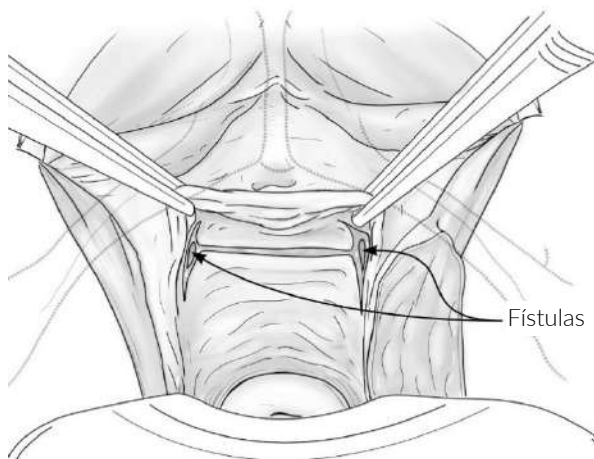


Figura 39. É comum encontrar fístulas do canto bilaterais, especialmente após uma reparação circunferencial que não assegurou satisfatoriamente a anastomose da uretra/bexiga anterior. Ligue as duas fístulas através da vagina para mobilizar ambas.

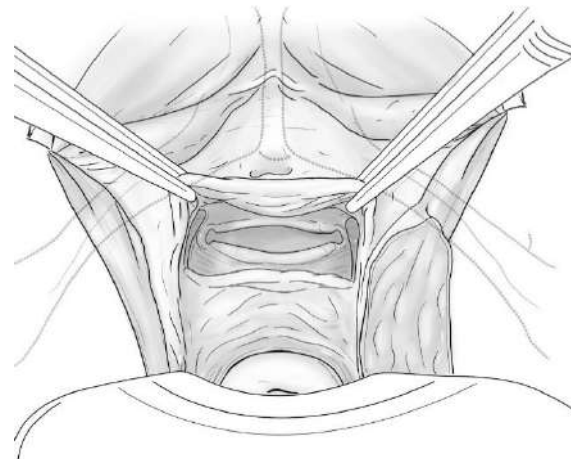


Figura 40. A vagina foi refletida e as duas fístulas do canto foram ligadas para criar uma fístula maior. Muitas vezes, é detetado aqui um defeito anterior de uma fístula circunferencial antiga que necessita de ser reparada. Repare nas dissecções laterais de bexiga dos ossos púbicos.

No caso de fístulas do canto e reparações recorrentes difíceis, pode ser ponderado um enxerto de Martius, que, na verdade, consiste num rebordo de gordura dos grandes lábios e não num enxerto. O mesmo permanece posteriormente ligado por um pedículo. Para realizar um enxerto de Martius:

1. Alguns cirurgiões, mas não todos, realizam uma hidrodissecção (solução salina estéril ou uma mistura de lidocaína e adrenalina). Se for realizada corretamente, esta abre os planos para facilitar a dissecção e, se for utilizada adrenalina, também reduz a perda de sangue. É importante realizar a infiltração no plano correto: não aplique solução salina indiscriminadamente em todos os tecidos do campo cirúrgico e em planos incorretos.
2. Faça uma incisão ao longo dos grandes lábios, desde o nível da cobertura do clítoris até ao freio posterior.
3. Exponha a gordura por baixo e desenvolva um rebordo, dissecando do sentido anterior para o posterior e deixando um amplo pedículo posteriormente.
4. Faça um túnel do rebordo para a vagina entre o púbis e o músculo bulbocavernoso e suture-o no respetivo lugar, por cima da reparação da fístula.
5. Repare a vagina sobre o rebordo e repare a lesão labial em duas camadas, sendo a primeira composta por uma camada profunda até à gordura residual.
6. Suture um penso no local e deixe por 2 dias.

Complicações

- Se o tecido for muito fibrótico, as hipóteses de cicatrização podem ser comprometidas, havendo a possibilidade de ocorrer uma nova fístula residual.

- A cicatrização pode levar a dispareunia ou, até mesmo, apareunia.
- A utilização de um rebordo na vagina pode levar a necrose.
- Os ureteres poderão ter sido danificados em reparações anteriores. No caso da anúria, a reparação deve ser desfeita de imediato.

Para obter mais informações, consulte 4. Complicações da cirurgia de fístula; página 238

Cuidados pós-operatórios

Cateterismo: No pós-operatório, o cateter de Foley deve permanecer colocado em drenagem livre durante 10–14 dias.

Dieta: A paciente pode fazer uma dieta normal e deve ser incentivada a ingerir líquidos suficientes para garantir que a urina apresenta uma tonalidade clara.

Avaliação de resultados cirúrgicos: Consulte 5.2. Avaliação de resultados cirúrgicos; página 246.

Para obter mais informações, consulte 5. Cuidados Pós-Operatórios; página 244

Conselhos específicos de alta

Os seguintes conselhos específicos devem ser comunicados à paciente (bem como ao(s) respectivo(s) acompanhante(s), se for o caso) antes da alta:

- A importância de comparecer nas consultas de acompanhamento pós-operatório.
- Continuar o treino da bexiga e os exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico, conforme as instruções, bem como os exercícios de reabilitação motora se o pé caído continuar presente.
- Assegurar o parto por cesariana eletiva em todas as gravidezes subsequentes (se a paciente não tiver tido uma histerectomia ou não estiver na pós-menopausa).

Para obter mais informações, consulte 5.4. Conselhos antes da alta; página 252

Avaliação de Desempenho – Fístula residual e do canto

A Avaliação de Desempenho é utilizada em todos os módulos para avaliar as competências e o progresso dos formandos. Tem de ser **preenchida, assinada e datada pelo formador**.

	Insatisfatória	Satisfatória	Boa
Geral			
1. Planeamento e preparação	Diagnóstico incorreto com investigações e preparação pré-operatória inadequadas	Diagnóstico correto com investigações e preparação pré-operatória adequadas, mas com alguns erros	Diagnóstico correto com investigações e preparação pré-operatória adequadas
2. Aconselhamento e consentimento	Aconselhamento insuficiente e obtenção de consentimento após solicitação	Aconselhamento adequado e obtenção de consentimento	Aconselhamento correto da paciente e obtenção de consentimento
3. Passos cirúrgicos padrão	Necessitou de uma orientação considerável para seguir os passos cirúrgicos padrão	Necessitou de alguma ajuda para seguir os passos cirúrgicos padrão	Seguiu os passos cirúrgicos padrão de forma independente e satisfatória
4. Fluxo da operação e planeamento antecipado	Paragens/hesitações regulares com planeamento antecipado insuficiente	Progressão adequada, mas com alguma hesitação no planeamento futuro	Boa progressão e bom planeamento antecipado
5. Conhecimento e manuseamento de instrumentos	Manuseou mal os instrumentos e necessitou de ajuda significativa na seleção dos mesmos	Necessitou de ajuda ocasional no manuseamento e seleção de instrumentos	Manuseou bem os instrumentos e selecionou os instrumentos apropriados

6. Respeito pelos tecidos	Pouco respeito pelos tecidos e/ou ajuda necessária para encontrar planos de tecidos adequados	Respeito adequado pelos tecidos, tendo encontrado planos de tecidos adequados	Respeito satisfatório pelos tecidos, tendo encontrado facilmente os planos de tecidos adequados
7. Suturas e nós	Suturas colocadas de forma imprecisa ou remoção e substituição repetida da agulha nos tecidos para uma colocação correta. Nós soltos e inseguros	Colocação adequada de suturas e nós	Suturas colocadas de forma precisa, com nós adequados
8. Utilização técnica de assistentes	Utilização incorreta dos assistentes	Utilização correta dos assistentes na maior parte do tempo	Utilização sempre correta dos assistentes
9. Relações com a paciente e a equipa cirúrgica	Comunicação e respeito pela paciente e pela equipa cirúrgica inadequados	Boa comunicação e respeito pela paciente e pela equipa cirúrgica na maior parte do tempo	Excelente comunicação e respeito pela paciente e pela equipa cirúrgica
10. Perspicácia e atitude	Compreensão limitada dos próprios pontos fortes e fracos	Compreensão intermédia dos próprios pontos fortes e fracos	Boa compreensão dos próprios pontos fortes e fracos
Especificidade do procedimento			
11. Compreensão da patologia	Compreensão inadequada da fístula residual e/ou do canto	Compreensão adequada da fístula residual e/ou do canto	Boa compreensão da fístula residual e/ou do canto

12. Passos cirúrgicos específicos para a reparação da fístula residual e/ou do canto	Conhecimento limitado ou incorreto dos passos cirúrgicos específicos para a reparação da fístula residual e/ou do canto	Conhecimento correto, mas incompleto dos passos cirúrgicos específicos para a reparação da fístula residual e/ou do canto	Bom conhecimento dos passos cirúrgicos específicos para a reparação da fístula residual e/ou do canto
13. Ponderação de episiotomia e excisão do tecido cicatricial	Necessitou de indicações para ponderar uma episiotomia e excisão do tecido cicatricial	Ponderou a utilização de episiotomia e excisão do tecido cicatricial, mas sentiu insegurança no processo de tomada de decisões	Ponderou de forma independente a utilização de episiotomia e excisão do tecido cicatricial e aplicação correta dos procedimentos, se adequados
14. No caso da fístula do canto, mobilização da bexiga para o espaço paravesical	Ajuda necessária para mobilizar a bexiga para o espaço paravesical no caso da fístula do canto	Mobilização adequada da bexiga para o espaço paravesical no caso da fístula do canto	Mobilização correta da bexiga para o espaço paravesical no caso da fístula do canto
15. Identificação e proteção dos ureteres	Ajuda necessária para identificar os ureteres, reconhecer as lesões dos ureteres e/ou proceder ao cateterismo	Foi possível identificar os ureteres e reconhecer as lesões ureterais, mas foi necessária ajuda para proceder ao cateterismo	Foi possível identificar os ureteres, reconhecer as lesões ureterais e proceder ao cateterismo de forma independente
16. Encerramento da bexiga	Ajuda necessária para encerrar a bexiga sem tensão	Encerramento adequado da bexiga, mas necessitou de indicações para evitar tensão na linha de sutura/uretra	Bom encerramento da bexiga e ângulo seguro, sem tensão na linha de sutura/uretra

17. Teste de coloração intraoperatório	Ajuda necessária para efetuar o teste de coloração	Instruções necessárias para efetuar o teste de coloração e interpretar o resultado	Teste de coloração efetuado de forma independente e resultado interpretado corretamente
18. Ponderação da possível utilização do enxerto de Martius e respetiva execução	Não ponderou a utilização do enxerto de Martius e/ou necessitou de ajuda na respetiva execução	Ponderou a utilização do enxerto de Martius e executou de forma adequada	Ponderou a utilização do enxerto de Martius e executou de forma correta
19. Encerramento da vagina, incluindo rebordos, se necessário	Necessitou de ajuda para reparar a vagina sem tensão e, se apropriado, utilizar um rebordo	Reparou de forma adequada a vagina, mas necessitou de indicações para evitar tensão e, se apropriado, usar devidamente um rebordo	Boa reparação da vagina sem tensão e, se apropriado, boa utilização de um rebordo
20. Documentação do procedimento	Documentação escrita insuficiente	Documentação suficiente, mas com algumas omissões	Documentação clara e abrangente, com todas as informações necessárias
Complicações			
21. Compreensão de eventuais complicações, incluindo a forma de identificar e gerir as mesmas	Compreensão limitada das complicações e/ou falta de clareza dos respetivos cuidados	Compreensão adequada das complicações e planos para os respetivos cuidados	Boa compreensão das complicações, com planos de cuidados claros
Cuidados pós-operatórios			
22. Planeamento dos cuidados pós-operatórios, incluindo o cateterismo e a dieta	Planeamento inadequado dos cuidados pós-operatórios	Planeamento adequado dos cuidados pós-operatórios	Bom planeamento dos cuidados pós-operatórios

23. Conhecimento dos testes de continência e avaliação dos resultados	Conhecimento limitado dos testes de continência e da avaliação dos resultados			Conhecimento adequado dos testes de continência e da avaliação dos resultados			Bom conhecimento dos testes de continência e da avaliação dos resultados			
Comentários de acordo com a avaliação de desempenho							Aprovação (S/N)		Assinatura do formador e data	
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										

Módulo 9 Fístula ureteral

Objetivos de aprendizagem

No final deste módulo, os formandos devem ser capazes de:

1. Explicar as características das fístulas ureterais.
2. Descrever a avaliação pré-operatória, os passos cirúrgicos e os cuidados pós-operatórios das fístulas ureterais.
3. Reparar fístulas ureterais.
4. Descrever as principais complicações da cirurgia de fístula ureteral e os respetivos cuidados.

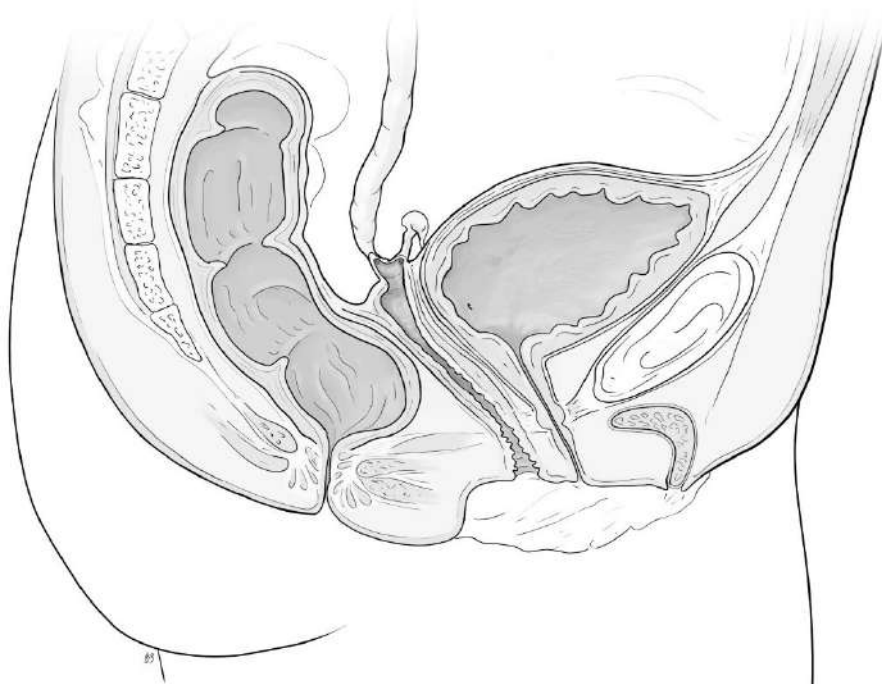


Figura 41. Corte transversal de uma fístula ureterovaginal. O úreter foi cortado ou laqueado na histerectomia ou cesariana. Tenha em conta a estenose no úreter onde se liga à vagina, e a dilatação do úreter proximal à estenose.

Por norma, uma fístula ureteral é iatrogénica e é provocada por um corte ou laqueação acidental do úreter distal perto do colo uterino à medida que passa por baixo dos vasos uterinos. A lesão pode ocorrer durante qualquer cirurgia pélvica, mas tende a acontecer durante uma cesariana, cesariana/histerectomia ou histerectomia, mais frequentemente num cenário de emergência, mas também durante a cirurgia eletiva.⁷⁰ Uma fístula ureteral pode ocorrer em conjunto com uma fístula vesicovaginal obstétrica, que envolve a junção ureterovesical. Uma lesão ureteral iatrogénica

⁷⁰ T.J. Raassen, C.J. Ngongo, M.M. Mahendeka. Diagnosis and Management of 365 Ureteric Injuries Following Obstetric and Gynecologic Surgery in Resource-Limited Settings. *Int Urogynecol J* (2018); O. Lawal, O. Bello, I. Morhason-Bello, R. Abdus-Salam, O. Ojengbede. Our Experience with Iatrogenic Ureteric Injuries among Women Presenting to University College Hospital, Ibadan: A Call to Action on Trigger Factors. *Obstet Gynecol Int* (2019); G. Williams, S. Broughton, H. Worku, H. Tekle. Five Years Experience of Ureterovaginal Fistulae Following Obstetric or Gynecological Intervention in Ethiopia. *Afr J Urol* (2010).

também pode ocorrer na sequência de um parto obstruído, nos casos em que a paciente desenvolve uma fístula vesicovaginal resultante do parto obstruído, ocorrendo depois uma lesão ureteral durante a subsequente cesariana ou cesariana/histerectomia. Por fim, também podem ocorrer lesões ureterais durante a reparação da fístula vesicovaginal, especialmente se o uréter não tiver sido identificado e protegido. Na maior parte das vezes, as fístulas ureterais são unilaterais, mas também podem ser bilaterais e, por norma, apresentam-se como fístulas ureterovaginais.

Avaliação pré-operatória

Historial: Registrar o historial da paciente é o passo mais importante para fazer o diagnóstico. É possível que a paciente indique que a perda contínua de urina pela sua vagina começou após a cirurgia e que continua a conseguir urinar à medida que o uréter não danificado continua a encher a bexiga (se a paciente não tiver uma fístula vesicovaginal coexistente). Enquanto as pacientes com uma fístula vesicovaginal começam a apresentar perdas poucos dias após o parto obstruído, uma lesão ureteral pode começar a apresentar perdas após várias semanas, um mês ou mais. As pacientes também podem sentir dores no flanco após a cirurgia.

Diagnóstico: Realize um exame especular com um teste de coloração de 60–80 mL. Se não for detetado nenhum corante na vagina, por vezes a urina de cor clara proveniente da parte superior da vagina sugere uma fístula ureterovaginal. A urina pode demorar algum tempo a recolher, pelo que, se não for detetada nenhuma urina de cor clara enquanto o teste de coloração é realizado, deve ser efetuado um teste de três compressas, mantendo o corante azul na bexiga e introduzindo as compressas na vagina. Após meia hora, as três compressas são removidas. A primeira compressa não deve ficar manchada, mas poderá assumir uma tonalidade ligeiramente azul, devido à saída pela uretra. A compressa do meio não deve ficar manchada, mas poderá ficar húmida. A gaze proximal não deve ficar manchada, mas poderá ficar molhada com urina. Uma ecografia realizada aos rins e ureteres irá, provavelmente, mostrar hidronefrose e hidroureter no lado afetado. Um pielograma intravenoso pode mostrar a perda, mas, ocasionalmente, também pode mostrar um rim disfuncional, em função da tempo. Se o rim não for visível no pielograma intravenoso após 24 horas, significa que foi danificado sem possibilidade de recuperação. O uréter esquerdo apresenta lesões com maior frequência do que o uréter direito, numa proporção de quase 2:1. As razões são as seguintes:⁷¹

- O uréter esquerdo situa-se, em média, 0,5 cm mais perto do colo uterino do que o uréter direito.
- Nas mulheres africanas grávidas, existe uma rotação do útero para a direita por causa do cólon sigmoide de grandes dimensões, fazendo avançar o uréter esquerdo.
- A maior parte dos cirurgiões são destros e estão de pé do lado direito enquanto fazem uma cesariana, facilitando assim um eventual ferimento do uréter esquerdo.

Planeamento e cuidados: A paciente deve estar em jejum a partir da meia-noite da noite anterior à cirurgia.

Para obter mais informações, consulte 2. Cuidados clínicos pré-operatórios; página 13

⁷¹ Raassen, Ngongo, Mahendeka. Iatrogenic Genitourinary Fistula: An 18-Year Retrospective Review of 805 Injuries.

Cirurgia

O reimplante ureteral abdominal é o tratamento mais comum, porque, muitas vezes, a lesão não é detetada de forma atempada e as pacientes procuram ajuda algum tempo após a lesão.

Ocasionalmente, o uréter pode ser reimplantado por via vaginal. Uma vez que estes tipos de fístula podem ocorrer em mulheres múltiparas (quatro partos ou mais), é adequado discutir a possibilidade de laqueação das trompas se a paciente não pretender engravidar novamente.

Reimplante abdominal do uréter

1. Administre um anestésico, se for o caso.
2. Administre antibióticos adequados, de acordo com a disponibilidade e a preferência do cirurgião. Por norma, estes são administrados imediatamente antes da operação, ao mesmo tempo que a anestesia.
3. Posicione a paciente em posição supina.
4. Insira um cateter de Foley antes da operação e certifique-se de que está a drenar livremente.
5. Após a preparação e a colocação dos campos cirúrgicos, a incisão cirúrgica é normalmente ditada pelas cicatrizes abdominais existentes. Tenha em atenção as aderências.
6. Mobilize a bexiga, realize uma cistotomia e confirme o uréter afetado (que está invariavelmente dilatado), visualizando um jato de urina à direita ou à esquerda, no interior da bexiga. Realize a cistotomia transversalmente para que a reparação possa ser efetuada no sentido longitudinal por forma a alongar a bexiga, caso seja necessário para alcançar o uréter.
7. Identifique, exponha e mobilize o uréter afetado, fixando-o, cortando-o e amarrando-o o mais distalmente possível em segurança.
8. Realize uma ureteroneocistostomia com uma anastomose término-lateral simples. Este procedimento é suficiente e o prognóstico tende a ser bastante positivo.
9. Se necessário, crie um rebordo do tipo Boari,⁷² um rebordo modificado da bexiga e/ou uma técnica de psoas-hitch para permitir que o uréter seja implantado sem tensão.
10. Utilize um cateter ureteral como stent e fixe-o à mucosa da bexiga com uma sutura de ácido poliglicólico 4-0. O cateter ureteral pode sair pela bexiga e pela parede abdominal ou pode sair pela uretra.
11. Não é necessário realizar nenhum procedimento antirrefluxo ou criar nenhum efeito de túnel em adultos, pois o uréter pode ser implantado diretamente.
12. Encerre a bexiga com ácido poliglicólico 2-0 contínuo numa ou em duas camadas.
13. Lave a cavidade peritoneal com uma solução salina morna e encerre o abdómen.
14. Deixe o cateter de Foley in situ para manter a bexiga em drenagem livre.

⁷² F. Hinman Jr. Bladder Flap Repair (Boari). In: *Atlas of Urologic Surgery*. Saunders (1989); P. Padmanabhan. Bladder Flap Repair (Boari). In: J.A. Smith, S.S. Howards, G.M. Preminger, R.R. Dmochowski, eds. *Hinman's Atlas of Urologic Surgery*. 4th Edition. Elsevier (2019). 293.

Passo Cirúrgico Crítico

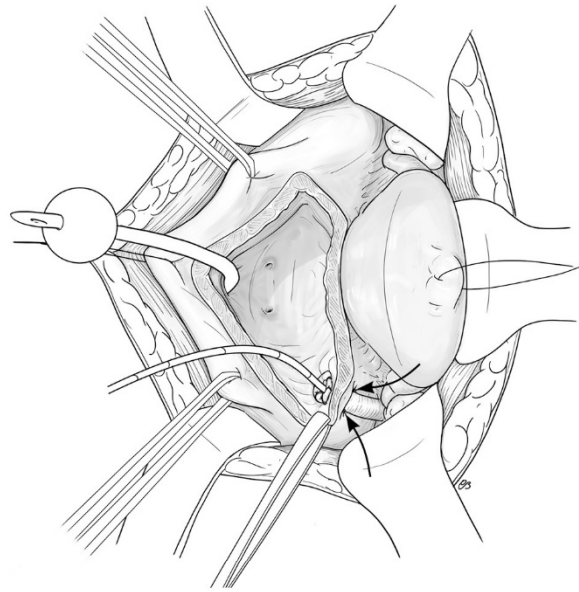


Figura 42. Mais frequentemente, o uréter é implantado numa laparotomia. O uréter foi mobilizado e introduzido através do ligamento largo antes de ser implantado na bexiga através de uma cistotomia. Foi também fixado no exterior da serosa vesical para reduzir a tensão na anastomose.

Reimplante vaginal do uréter

1. Administre um anestésico, se for o caso.
2. Administre antibióticos adequados, de acordo com a disponibilidade e a preferência do cirurgião. Por norma, estes são administrados imediatamente antes da operação, ao mesmo tempo que a anestesia.
3. Coloque a paciente em posição de litotomia exagerada com as nádegas consideravelmente sobre o limite da mesa cirúrgica e em posição de Trendelenburg acentuada.
4. Garanta uma exposição adequada, porque estas lesões ocorrem frequentemente numa parte profunda da vagina.
5. Proceda ao cateterismo do uréter através da vagina. O orifício ureteral pode situar-se na cúpula vaginal ou num colo uterino dilacerado.
6. Alguns cirurgiões, mas não todos, realizam uma hidrodissociação (solução salina estéril ou uma mistura de lidocaína e adrenalina). Se for realizada corretamente, esta abre os planos para facilitar a dissecação e, se for utilizada adrenalina, também reduz a perda de sangue. É importante realizar a infiltração no plano correto: não aplique solução salina indiscriminadamente em todos os tecidos do campo cirúrgico e em planos incorretos.
7. Faça uma incisão transversal nas pregas precisamente na zona medial da abertura do uréter e uma incisão à volta do uréter.
8. Após a dissecação, faça uma incisão de 1 cm na bexiga medial ao uréter.

9. Introduza o cateter ureteral para dentro da bexiga, a seguir, faça-o sair pela uretra.
10. Encerre a fístula sobre o uréter, que se encontra agora dentro da bexiga. Como sempre, certifique-se de que a reparação não apresenta qualquer tensão.
11. Se ainda não tiver sido inserido nenhum cateter de Foley, insira-o agora e encha o balão do cateter com 5 mL de líquido estéril. Realize um teste de coloração de rotina após a reparação para confirmar o sucesso do encerramento e excluir quaisquer fístulas adicionais. Deixe o cateter de Foley in situ para manter a bexiga em drenagem livre.
12. Caso tenha realizado uma episiotomia, suture a mesma e remova as suturas labiais.
13. Insira um tampão vaginal estéril para reduzir o risco de hemorragia e a formação de hematomas e remova-o no dia seguinte. Por norma, o tampão é feito de gaze impregnada de iodo ou vaselina. Não deve colar e deve ser suficientemente firme para reduzir a hemorragia, mas não demasiado firme ao ponto de causar dor ou danos nos tecidos.

Passos Cirúrgicos Críticos

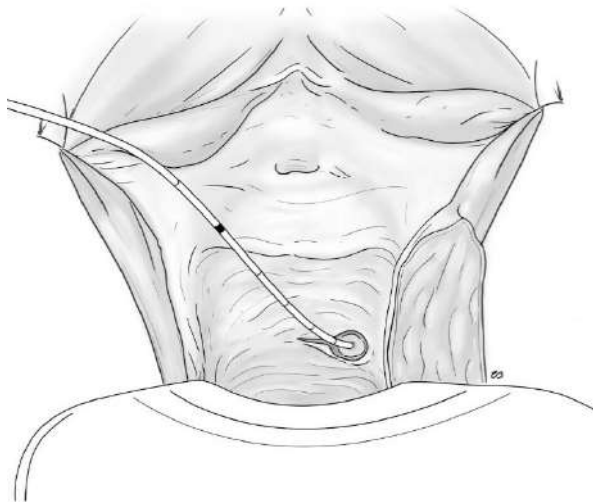


Figura 43. Fístula ureteral a drenar para a cúpula vaginal após uma histerectomia. Se o uréter não estiver demasiado distorcido e estenosado, pode ser cateterizado e implantado por via vaginal. O uréter é cateterizado, sendo a incisão vaginal inicial realizada à volta da fístula ureteral, alargada medialmente para ajudar a expor a bexiga, para realização de uma incisão e de um implante posterior.

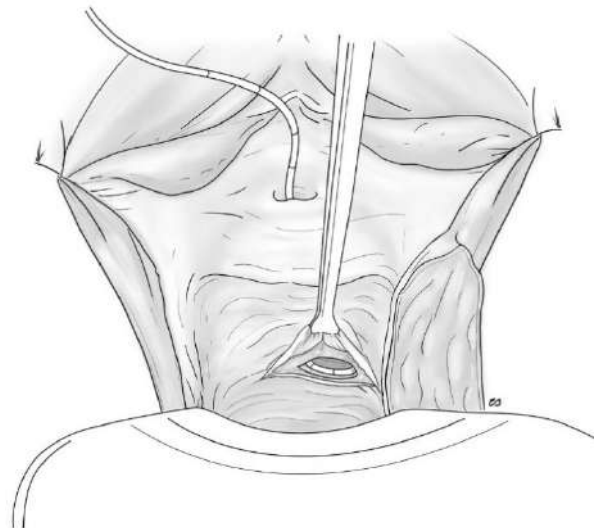


Figura 44. A vagina foi mobilizada, tendo a entrada na bexiga sido feita a partir da vagina (cistotomia). O uréter já pode ser implantado. O cateter ureteral foi puxado para dentro da bexiga, com saída através da uretra.

Complicações

- A laparotomia pode ser complicada por graves aderências dos intestinos, que são secundárias em relação à cesariana inicial ou histerectomia. Num pequeno número de pacientes, surgirão lesões nos intestinos e nos vasos mesentéricos, principalmente no intestino delgado, que devem ser devidamente detetados e suturados.

- Os ureteres podem estar muito dilatados, ser fibrosados e estar colados aos vasos ilíacos. Durante a disseção, os ureteres podem sofrer danos, ou podem ser mesmo cortados, devendo ser reparados.
- A lesão da veia ou artéria ilíaca é a complicação mais grave que ocorre durante a disseção do uréter. Caso isso aconteça, deve ser exercida a pressão do dedo ou de pinças arteriais em ambos os lados da lesão para controlar a hemorragia. O vaso deve ser suturado utilizando uma sutura de ácido poliglicólico 4-0.

Para obter mais informações, consulte 4. Complicações da cirurgia de fístula; página 238

Cuidados pós-operatórios

Cateterismo: Quer a fístula ureteral tenha sido reparada por via vaginal ou abdominal, no pós-operatório, o cateter ureteral pode ser removido após 8-10 dias e o cateter de Foley após 12-14 dias. Após a remoção do cateter de Foley, a paciente deve ser cuidadosamente examinada para detectar a existência de uma possível incontinência urinária persistente (*consulte abaixo*). Todas as pacientes devem ser sujeitas à medição do volume urinário residual e do volume que conseguem urinar. Em caso de retenção urinária, o cateter deve voltar a ser inserido, devendo o treino da bexiga ser instigado. Em alternativa, é possível ensinar a paciente a realizar um autocateterismo intermitente limpo.

Dieta: A paciente pode fazer uma dieta normal e deve ser incentivada a ingerir líquidos suficientes para garantir que a urina apresenta uma tonalidade clara.

Avaliação de resultados cirúrgicos: *Consulte 5.2. Avaliação de resultados cirúrgicos; página 246.*

Para obter mais informações, consulte 5. Cuidados Pós-Operatórios; página 244

Conselhos específicos de alta

Os seguintes conselhos específicos devem ser comunicados à paciente (bem como ao(s) respetivo(s) acompanhante(s), se for o caso) antes da alta:

- A importância de comparecer nas consultas de acompanhamento pós-operatório.

Se a fístula ureteral estiver associada a uma lesão isquémica como resultado de uma fístula obstétrica, os seguintes pontos devem ser incluídos nos conselhos de alta:

- Continuar o treino da bexiga e os exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico, conforme as instruções, bem como os exercícios de reabilitação motora se o pé caído continuar presente.
- Garantir um parto por cesariana eletiva em todas as gravidezes subsequentes (se a paciente não tiver tido uma histerectomia ou não estiver na pós-menopausa), certificando-se de que o cirurgião está ciente do implante ureteral e do potencial de distorção de anatomia.

Para obter mais informações, consulte 5.4. Conselhos antes da alta; página 252

Avaliação de Desempenho – Fístula ureteral

A Avaliação de Desempenho é utilizada em todos os módulos para avaliar as competências e o progresso dos formandos. Tem de ser **preenchida, assinada e datada pelo formador**.

	Insatisfatória	Satisfatória	Boa
Geral			
1. Planeamento e preparação	Diagnóstico incorreto com investigações e preparação pré-operatória inadequadas	Diagnóstico correto com investigações e preparação pré-operatória adequadas, mas com alguns erros	Diagnóstico correto com investigações e preparação pré-operatória adequadas
2. Aconselhamento e consentimento	Aconselhamento insuficiente e obtenção de consentimento após solicitação	Aconselhamento adequado e obtenção de consentimento	Aconselhamento correto da paciente e obtenção de consentimento
3. Passos cirúrgicos padrão	Necessitou de uma orientação considerável para seguir os passos cirúrgicos padrão	Necessitou de alguma ajuda para seguir os passos cirúrgicos padrão	Seguiu os passos cirúrgicos padrão de forma independente e satisfatória
4. Fluxo da operação e planeamento antecipado	Paragens/hesitações regulares com planeamento antecipado insuficiente	Progressão adequada, mas com alguma hesitação no planeamento futuro	Boa progressão e bom planeamento antecipado
5. Conhecimento e manuseamento de instrumentos	Manuseou mal os instrumentos e necessitou de ajuda significativa na seleção dos mesmos	Necessitou de ajuda ocasional no manuseamento e seleção de instrumentos	Manuseou bem os instrumentos e selecionou os instrumentos apropriados

6. Respeito pelos tecidos	Pouco respeito pelos tecidos e/ou ajuda necessária para encontrar planos de tecidos adequados	Respeito adequado pelos tecidos, tendo encontrado planos de tecidos adequados	Respeito satisfatório pelos tecidos, tendo encontrado facilmente os planos de tecidos adequados
7. Suturas e nós	Suturas colocadas de forma imprecisa ou remoção e substituição repetida da agulha nos tecidos para uma colocação correta. Nós soltos e inseguros	Colocação adequada de suturas e nós	Suturas colocadas de forma precisa, com nós adequados
8. Utilização técnica de assistentes	Utilização incorreta dos assistentes	Utilização correta dos assistentes na maior parte do tempo	Utilização sempre correta dos assistentes
9. Relações com a paciente e a equipa cirúrgica	Comunicação e respeito pela paciente e pela equipa cirúrgica inadequados	Boa comunicação e respeito pela paciente e pela equipa cirúrgica na maior parte do tempo	Excelente comunicação e respeito pela paciente e pela equipa cirúrgica
10. Perspicácia e atitude	Compreensão limitada dos próprios pontos fortes e fracos	Compreensão intermédia dos próprios pontos fortes e fracos	Boa compreensão dos próprios pontos fortes e fracos
Especificidade do procedimento			
11. Compreensão da patologia	Compreensão inadequada da fístula ureteral	Compreensão adequada da fístula ureteral	Boa compreensão da fístula ureteral
12. Escolha da via, ou seja, vaginal ou abdominal	Orientação necessária para escolher a via correta	Via apropriada, mas incerteza na tomada de decisão	Ponderação da via e tomada de decisão correta e informada

13. Passos cirúrgicos específicos para a reparação da fístula ureteral, de acordo com a via selecionada	Conhecimento limitado ou incorreto dos passos cirúrgicos específicos para a reparação da fístula ureteral	Conhecimento correto, mas incompleto dos passos cirúrgicos específicos para a reparação da fístula ureteral	Bom conhecimento dos passos cirúrgicos específicos para a reparação da fístula ureteral
14. Mobilização da bexiga	Ajuda necessária para mobilizar a bexiga	Mobilização adequada da bexiga	Mobilização correta da bexiga
15. Exposição e identificação do uréter afetado	Orientação necessária para expor e identificar o uréter afetado	Exposição e identificação adequadas do uréter afetado	Exposição e identificação corretas do uréter afetado
16. Mobilização do uréter	Ajuda necessária para mobilizar o uréter	Mobilização adequada do uréter	Mobilização correta do uréter
17. Aplicação do método de implante escolhido e reparação da bexiga	Ajuda significativa necessária para aplicar o método de implante e reparar a bexiga	Aplicação adequada do método de implante e reparação da bexiga	Aplicação do método de implante e reparação correta da bexiga
18. No caso de via abdominal, encerramento do abdómen	Ajuda necessária para encerrar o abdómen	Encerramento adequado do abdómen	Encerramento do abdómen bem realizado
19. No caso de via vaginal, teste de coloração intraoperatório	Ajuda considerável necessária para efetuar o teste de coloração	Instruções necessárias para efetuar o teste de coloração e interpretar o resultado	Teste de coloração efetuado de forma independente e resultado interpretado corretamente

20. Documentação do procedimento	Documentação escrita insuficiente	Documentação suficiente, mas com algumas omissões	Documentação clara e abrangente, com todas as informações necessárias					
Complicações								
21. Compreensão de eventuais complicações, incluindo a forma de identificar e gerir as mesmas	Compreensão limitada das complicações e/ou falta de clareza dos respetivos cuidados	Compreensão adequada das complicações e planos para os respetivos cuidados	Boa compreensão das complicações, com planos de cuidados claros					
Cuidados pós-operatórios								
22. Planeamento dos cuidados pós-operatórios, incluindo o cateterismo e a dieta	Planeamento inadequado dos cuidados pós-operatórios	Planeamento adequado dos cuidados pós-operatórios	Bom planeamento dos cuidados pós-operatórios					
23. Conhecimento dos testes de continência e avaliação dos resultados	Conhecimento limitado dos testes de continência e da avaliação dos resultados	Conhecimento adequado dos testes de continência e da avaliação dos resultados	Bom conhecimento dos testes de continência e da avaliação dos resultados					
Comentários de acordo com a avaliação de desempenho						Aprovação (S/N)	Assinatura do formador e data	
1.								
2.								

3.		
4.		
5.		
6.		

Módulo 10 Cálculos vesicais

Objetivos de aprendizagem

No final deste módulo, os formandos devem ser capazes de:

1. Explicar as causas comuns dos cálculos vesicais em pacientes com fístula.
2. Descrever a avaliação pré-operatória, os passos cirúrgicos e os cuidados pós-operatórios dos cálculos vesicais.
3. Remover os cálculos vesicais.
4. Descrever as principais complicações da remoção cirúrgica dos cálculos vesicais.

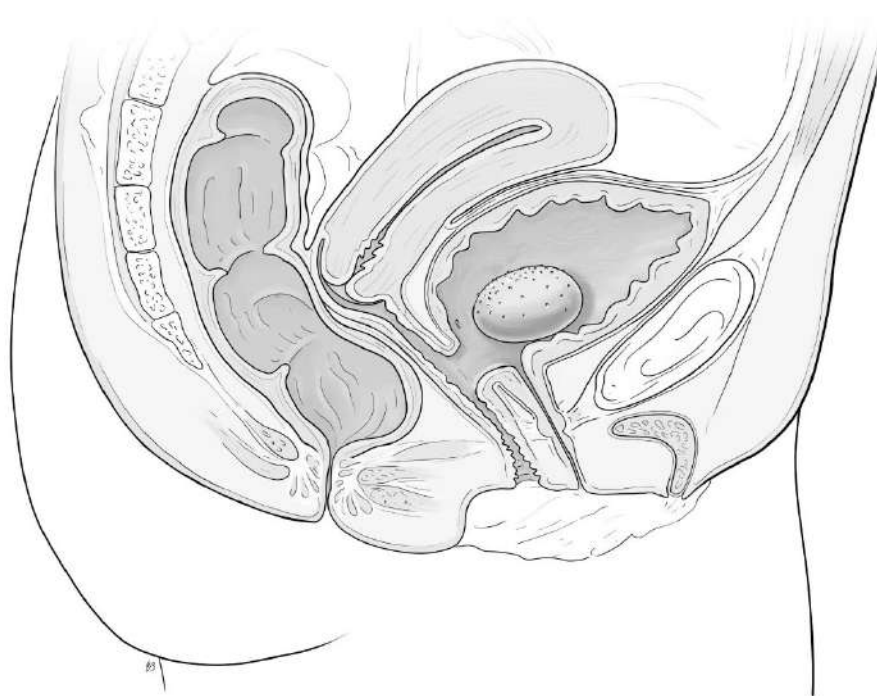


Figura 45. Corte transversal que mostra um cálculo vesical com uma fístula coexistente. Este cálculo pode ser removido por via vaginal através da fístula ou pode ser esmagado com recurso a pinças de fixação de esponja, se necessário. Em seguida, a bexiga deve ser minuciosamente irrigada através da fístula.

Os cirurgiões de fístulas deparam-se regularmente com cálculos vesicais ou mesmo vaginais, uma vez que as pacientes costumam beber menos líquidos numa tentativa de apresentar menos perdas de urina. A urina concentrada conduz frequentemente ao desenvolvimento de cálculos na bexiga e/ou na vagina, e até mesmo na uretra. Além disso, as pacientes podem introduzir panos, folhas, tampas de garrafa ou outros materiais na vagina, num esforço de parar as perdas urinárias, possibilitando subsequentemente a formação de cálculos à volta destes objetos. Também é possível a formação de cálculos em torno de suturas não absorvíveis utilizadas na reparação de fístulas ou em torno de slings artificiais em procedimentos de stress, onde inadvertidamente foi colocada uma

sutura na bexiga (método "sling on a string") ou onde o sling erodiu através da bexiga/vagina. Os cálculos vesicais e outros corpos estranhos devem ser removidos na totalidade.

Avaliação pré-operatória

Historial: Um historial cuidadosamente elaborado pode indicar a possível presença provável de cálculos vesicais. A paciente queixar-se-á frequentemente de dores vaginais e/ou pélvicas, urina com um cheiro desagradável e, por vezes, hematúria. Normalmente, o odor é característico e a urina é turva. Outras pacientes poderão ser assintomáticas.

Diagnóstico: É necessário muito pouco para investigar um cálculo vesical, uretral ou vaginal, sendo o diagnóstico obtido apenas através do historial da paciente e de um exame. A realização de um exame vaginal pode permitir sentir um cálculo vesical de grandes dimensões. Um cálculo vesical pode ser sentido como uma massa dura no plano anterior, sendo por norma mole, embora não sempre, ao passo que um cálculo vaginal pode ser sentido mediante palpação direta. Em caso de cálculo vesical, a urina surge turva, sendo frequentemente detetada hematúria, seja evidente ou microscópica, num teste de urina com tira reagente. Os testes de urina serão sempre positivos para uma infeção. O teste diagnóstico definitivo pode ser efetuado ao analisar a bexiga com um cateter de metal ou uma sonda adequada, com a qual é possível sentir um cálculo duro. São raros os casos em que é necessário realizar uma ecografia para confirmar o diagnóstico, mas, se o exame for realizado, a maior parte dos cálculos apresentam uma sombra na bexiga, embora alguns sejam ecolúcidos e apareçam como uma massa no exame. Também é importante descartar sempre a presença de cálculos ureterais ou renais em pacientes com cálculos vesicais. Para tal, podem ser realizadas ecografias a todo o sistema urinário, bem como radiografias para confirmar o diagnóstico, o número de cálculos, o respetivo tamanho e a posição. É provável que muitos cálculos mais pequenos sejam detetados durante a operação.

Tendo em conta a frequência de cálculos vesicais, uretrais e vaginais coexistentes em pacientes com fístulas, a bexiga deve ser analisada com um cateter de metal no início de cada procedimento relacionado com as mesmas.

Planeamento e cuidados: Quase todas as pacientes com cálculos vesicais têm uma infeção do trato urinário, pelo que é aconselhável administrar antibióticos adequados antes, durante e após a operação, dependendo do que estiver disponível (o que pode incluir ampicilina, amoxicilina ou cefalexina). Ao planear a operação, a decisão principal incide sobre o facto de o cálculo dever ser removido através de uma pequena cistotomia suprapúbica transversal baixa ou, no caso de a fístula persistir, se é possível remover o cálculo por via vaginal. Por vezes, é necessário aumentar ligeiramente a fístula para remover o cálculo. Em alternativa, o cálculo pode ser esmagado com recurso a pinças de fixação de esponja introduzidas na bexiga através da fístula, com remoção posterior através da fístula. Se o cálculo for removido por via vaginal, tem sido tradicionalmente ensinado que as infeções devem ser tratadas em primeiro lugar com a subsequente reparação da fístula 2–3 semanas depois de qualquer inflamação do tecido acalmar. No entanto, se a fístula for pequena, suave e não necessitar de muita disseção, é possível tentar avançar com uma reparação cuidadosa, podendo a paciente ser sujeita a cateterismo durante 10–14 dias no pós-operatório. Muitas fístulas pequenas e simples acabam por encerrar através deste método, mas é pouco

provável que o mesmo funcione para uma fístula de maiores dimensões, complexa ou circunferencial. Se a fístula já tiver sido encerrada, deve ser utilizada uma incisão suprapúbica baixa, procurando permanecer fora do peritônio para evitar que alguma urina infetada ou fragmentos de cálculo entrem na cavidade peritoneal. Por vezes, os cálculos vaginais podem ser removidos em ambulatório, mas, se forem demasiado moles, a remoção deve ter lugar na posição de litotomia sob sedação ou anestesia espinal.

A paciente deve estar em jejum a partir da meia-noite da noite anterior à cirurgia. Por norma, a preparação intestinal completa não é necessária para os cálculos vesicais e vaginais, mas deve ser pedido à paciente para evacuar o intestino imediatamente antes de ir para o bloco operatório. No entanto, esta prática varia e depende da preferência individual do cirurgião.

Para obter mais informações, consulte 2. Cuidados clínicos pré-operatórios; página 13

Cirurgia

Quer a remoção de cálculos seja efetuada por via vaginal ou abdominal, devem ser administrados antibióticos apropriados durante alguns dias antes da operação.

Se a via vaginal for a mais apropriada:

1. Administre um anestésico, se for o caso. Por norma, uma anestesia espinal costuma ser suficiente. Para a remoção de cálculos vesicais, conforme mencionado acima, os antibióticos são geralmente administrados no pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório.
2. Coloque a paciente em posição de litotomia exagerada com as nádegas consideravelmente sobre o limite da mesa cirúrgica e em posição de Trendelenburg acentuada.
3. Após a preparação e a colocação dos campos cirúrgicos, o cálculo pode geralmente ser alcançado e removido por via vaginal através da fístula com recurso a pinças de Rampley, Allis ou outras pinças adequadas. Se o cálculo for demasiado grande, pode ser esmagado com recurso a pinças e removido pouco a pouco através da fístula. É possível que a fístula tenha de ser aumentada e, ao fazê-lo, a incisão deve ser efetuada na linha média para evitar danificar os ureteres.
4. Palpe a cavidade interna da bexiga urinária para confirmar que não existem cálculos adicionais ou qualquer outro pedaço do cálculo esmagado. Se a abertura da fístula não for suficientemente larga para tal, realize um exame digital bimanual.
5. Irrigue bem a área e a bexiga com uma solução salina estéril ou outro líquido.
6. Insira um cateter de Foley para manter a bexiga em drenagem livre.
7. Se a fístula não estiver cicatrizada, for pequena e se situar na linha média, é possível tentar uma reparação simples, devendo ter-se em conta que os tecidos ficarão inflamados e mais difíceis de manusear. Siga os passos cirúrgicos e pós-operatórios aplicáveis a uma fístula vesicovaginal simples. No entanto, na maioria dos casos, é melhor protelar a reparação da fístula, caso em que deve garantir que o cateter de Foley permanece em drenagem livre para desviar o máximo de urina possível da fístula.

Se a via suprapúbica for a mais apropriada:

1. Administre um anestésico, se for o caso. Por norma, uma anestesia espinal costuma ser adequada.
2. Administre antibióticos adequados, de acordo com a disponibilidade e a preferência do cirurgião.
3. Para a remoção de cálculos vesicais, conforme mencionado acima, os antibióticos são geralmente administrados no pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório.
4. Posicione a paciente em posição supina.
5. Insira um cateter de Foley para manter a bexiga em drenagem livre.
6. Após a preparação e a colocação dos campos cirúrgicos, procure efetuar uma incisão suprapúbica transversal baixa, dissecando até ao espaço retropúbico. É importante ter cuidado para permanecer no sentido extraperitoneal, pois quase sempre ocorre um derrame de urina infetada após a cistotomia, sendo preferível que a mesma não entre na cavidade peritoneal.
7. Se for possível sentir o cálculo, corte-o diretamente mesmo. Se não for possível sentir o cálculo e for difícil localizar a bexiga, quando esta é pequena, a bexiga deve ser enchida com cerca de 100 mL de solução salina estéril ou água através do cateter de Foley. A bexiga irá inchar no campo cirúrgico, mas verifique a mesma ao inserir uma seringa e retirar urina. Isto confirmará a localização da bexiga e ajudará a garantir uma cistotomia bem-sucedida. Este procedimento só poderá ser realizado se não houver qualquer fístula.
8. Remova o cálculo com pinças de Rampley ou pinças adequadas. Se for (demasiado) grande, o cálculo deve ser esmagado com as pinças.
9. A bexiga e os tecidos dissecados devem ser bem irrigados com uma solução salina estéril ou outro líquido para remover qualquer detrito e material infetado existente. Verifique sempre se existem restos do cálculo esmagado, bem como quaisquer resíduos adicionais.
10. A bexiga costuma ser encerrada em duas camadas usando uma sutura de ácido poliglicólico 2-0, devendo os tecidos ser repetidamente irrigados com uma solução salina estéril ou outro líquido estéril à medida que as camadas são encerradas.
11. Encerre a incisão suprapúbica, colocando um dreno em caso de necessidade.
12. Deixe o cateter de Foley in situ para manter a bexiga em drenagem livre.
13. No pós-operatório, as infeções de feridas abdominais, bem como as infeções urinárias, são comuns, pelo que os antibióticos devem ser administrados durante 5–7 dias após a remoção do(s) cálculo(s).

Passos Cirúrgicos Críticos

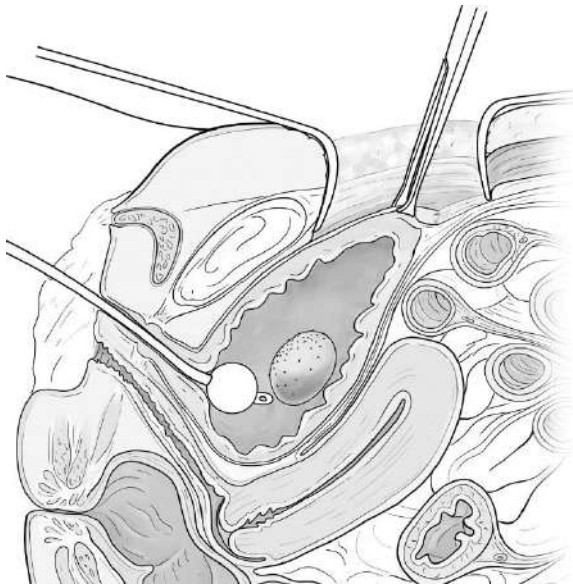


Figura 46. Se um determinado cálculo vesical for demasiado grande para remoção através da fístula ou se não existir qualquer fístula, remova o cálculo através de uma incisão abdominal transversal baixa, permanecendo no espaço pré-peritoneal para evitar derrames para a cavidade peritoneal.

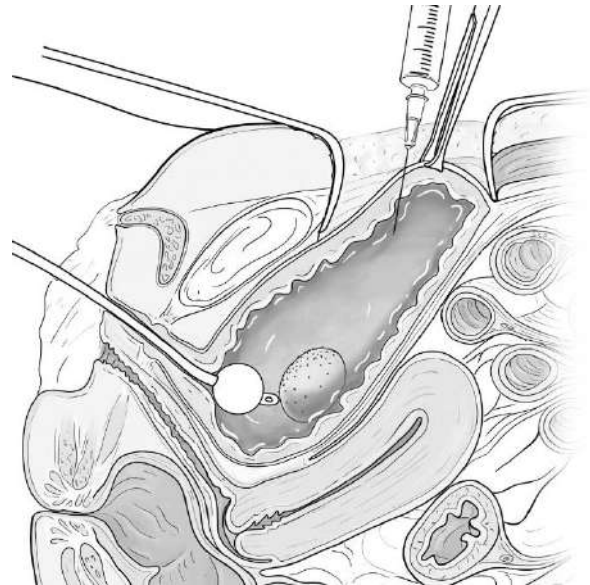


Figura 47. Como a localização da bexiga pode ser uma tarefa difícil, a forma mais fácil passa por enchê-la através do cateter de Foley. Certifique-se de que está no plano correto, inserindo uma seringa e retirando-a para identificar a existência de urina. Aponte a agulha da seringa para dentro da pélvis, por forma a reduzir o risco de perfuração do intestino.

Complicações

- A complicação mais comum consiste numa infeção da ferida que poderá necessitar de drenagem, penso e uma cobertura antibiótica contínua.
- A formação de uma pequena fístula vesicocutânea é uma possibilidade. Normalmente, encerra de forma espontânea, deixando o cateter de Foley em drenagem livre durante, pelo menos, 2 semanas. Caso contrário, a fístula deve ser encerrada através de uma operação.
- Os cálculos poderão reaparecer se algum cálculo ou sutura permanecer na bexiga, caso em que, com o passar do tempo, costuma aparecer um novo cálculo em torno destes detritos.

Para obter mais informações, consulte 4. Complicações da cirurgia de fístula; página 238

Cuidados pós-operatórios

Cateterismo: O cateter de Foley deve permanecer no respetivo lugar em drenagem livre durante 10 dias se um cálculo for removido por via abdominal ou se for removido por vaginal e a fístula tiver sido reparada. Se um cálculo for removido por via vaginal ou suprapúbica, mas a fístula não tiver sido reparada, deixe o cateter de Foley no respetivo lugar durante cerca de 10 dias se estiver a drenar urina para longe da fístula (ou seja, se surgir mais urina através do cateter de Foley do que a quantidade de urina drenada para a cama através da fístula).

Dieta: A paciente pode fazer uma dieta normal e deve ser incentivada a ingerir líquidos suficientes para garantir que a urina apresenta uma tonalidade clara.

Avaliação de resultados cirúrgicos: Se uma fístula for reparada: Consulte 5.2. Avaliação de resultados cirúrgicos; página 246.

Para obter mais informações, consulte 5. Cuidados Pós-Operatórios; página 244

Conselhos específicos de alta

Os seguintes conselhos específicos devem ser comunicados à paciente (bem como ao(s) respectivo(s) acompanhante(s), se for o caso) antes da alta:

- A importância de comparecer nas consultas de acompanhamento pós-operatório.
- Se o cálculo vesical tiver sido removido, mas a paciente continuar com uma fístula, deverá ser-lhe fornecido aconselhamento apropriado para lhe assegurar que a fístula será reparada 2-4 semanas mais tarde.
- Incentive a paciente a beber líquidos adequados para ajudar a prevenir a recorrência de cálculos.

Se o cálculo vesical for associado a uma fístula obstétrica que também tenha sido reparada, os seguintes pontos devem ser incluídos nos conselhos de alta:

- Continuar o treino da bexiga e os exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico, conforme as instruções, bem como os exercícios de reabilitação motora se o pé caído continuar presente.
- Assegurar o parto por cesariana eletiva em todas as gravidezes subsequentes (se a paciente não tiver tido uma histerectomia ou não estiver na pós-menopausa).

Para obter mais informações, consulte 5.4. Conselhos antes da alta; página 252

Avaliação de Desempenho – Cálculos vesicais

A Avaliação de Desempenho é utilizada em todos os módulos para avaliar as competências e o progresso dos formandos. Tem de ser **preenchida, assinada e datada pelo formador**.

	Insatisfatória	Satisfatória	Boa
Geral			
1. Planeamento e preparação	Diagnóstico incorreto com investigações e preparação pré-operatória inadequadas	Diagnóstico correto com investigações e preparação pré-operatória adequadas, mas com alguns erros	Diagnóstico correto com investigações e preparação pré-operatória adequadas
2. Aconselhamento e consentimento	Aconselhamento insuficiente e obtenção de consentimento após solicitação	Aconselhamento adequado e obtenção de consentimento	Aconselhamento correto da paciente e obtenção de consentimento
3. Passos cirúrgicos padrão	Necessitou de uma orientação considerável para seguir os passos cirúrgicos padrão	Necessitou de alguma ajuda para seguir os passos cirúrgicos padrão	Seguiu os passos cirúrgicos padrão de forma independente e satisfatória
4. Fluxo da operação e planeamento antecipado	Paragens/hesitações regulares com planeamento antecipado insuficiente	Progressão adequada, mas com alguma hesitação no planeamento futuro	Boa progressão e bom planeamento antecipado
5. Conhecimento e manuseamento de instrumentos	Manuseou mal os instrumentos e necessitou de ajuda significativa na seleção dos mesmos	Necessitou de ajuda ocasional no manuseamento e seleção de instrumentos	Manuseou bem os instrumentos e selecionou os instrumentos apropriados

6. Respeito pelos tecidos	Pouco respeito pelos tecidos e/ou ajuda necessária para encontrar planos de tecidos adequados	Respeito adequado pelos tecidos, tendo encontrado planos de tecidos adequados	Respeito satisfatório pelos tecidos, tendo encontrado facilmente os planos de tecidos adequados
7. Suturas e nós	Suturas colocadas de forma imprecisa ou remoção e substituição repetida da agulha nos tecidos para uma colocação correta. Nós soltos e inseguros	Colocação adequada de suturas e nós	Suturas colocadas de forma precisa, com nós adequados
8. Utilização técnica de assistentes	Utilização incorreta dos assistentes	Utilização correta dos assistentes na maior parte do tempo	Utilização sempre correta dos assistentes
9. Relações com a paciente e a equipa cirúrgica	Comunicação e respeito pela paciente e pela equipa cirúrgica inadequados	Boa comunicação e respeito pela paciente e pela equipa cirúrgica na maior parte do tempo	Excelente comunicação e respeito pela paciente e pela equipa cirúrgica
10. Perspicácia e atitude	Compreensão limitada dos próprios pontos fortes e fracos	Compreensão intermédia dos próprios pontos fortes e fracos	Boa compreensão dos próprios pontos fortes e fracos
Especificidade do procedimento			
11. Compreensão da patologia	Compreensão inadequada dos cálculos vesicais	Compreensão adequada dos cálculos vesicais	Boa compreensão dos cálculos vesicais

12. Escolha da via cirúrgica	Orientação necessária para escolher a via cirúrgica	Via cirúrgica apropriada, mas incerteza na tomada de decisão	Escolha independente e correta da via cirúrgica
13. Passos cirúrgicos específicos para a remoção de cálculos vesicais, conforme a via cirúrgica	Conhecimento limitado ou incorreto dos passos cirúrgicos específicos para a remoção de cálculos vesicais	Conhecimento correto, mas incompleto dos passos cirúrgicos específicos para a remoção de cálculos vesicais	Bom conhecimento dos passos cirúrgicos específicos para a remoção de cálculos vesicais
14. No caso de via vaginal, capacidade de remoção do cálculo através da fístula	Ajuda necessária para remoção do cálculo através da fístula	Remoção adequada do cálculo através da fístula	Remoção independente e correta do cálculo através da fístula
15. No caso de via suprapúbica, cistostomia suprapúbica	Ajuda necessária para realizar uma cistostomia suprapúbica	Cistostomia suprapúbica adequada	Cistostomia suprapúbica realizada de forma independente
16. No caso de via suprapúbica, identificação e remoção de cálculo	Indicações e/ou ajuda necessárias para identificar cálculos	Cálculo identificado e removido de forma adequada	Cálculo identificado e removido de forma independente e correta
17. No caso de via suprapúbica, reparação da bexiga	Indicações e/ou ajuda necessárias para reparar a bexiga	Algumas indicações necessárias para reparar a bexiga	Bexiga reparada de forma independente e precisa
18. No caso de via suprapúbica, encerramento do abdómen	Ajuda necessária para encerrar o abdómen	Encerramento adequado do abdómen	Encerramento do abdómen bem realizado

19. Documentação do procedimento	Documentação escrita insuficiente	Documentação suficiente, mas com algumas omissões	Documentação clara e abrangente, com todas as informações necessárias					
Complicações								
20. Compreensão de eventuais complicações, incluindo a forma de identificar e gerir as mesmas	Compreensão limitada das complicações e/ou falta de clareza dos respetivos cuidados	Compreensão adequada das complicações e planos para os respetivos cuidados	Boa compreensão das complicações, com planos de cuidados claros					
Cuidados pós-operatórios								
21. Planeamento dos cuidados pós-operatórios, incluindo o cateterismo e a dieta	Planeamento inadequado dos cuidados pós-operatórios	Planeamento adequado dos cuidados pós-operatórios	Bom planeamento dos cuidados pós-operatórios					
22. Conhecimento dos testes de continência e avaliação dos resultados	Conhecimento limitado dos testes de continência e da avaliação dos resultados	Conhecimento adequado dos testes de continência e da avaliação dos resultados	Bom conhecimento dos testes de continência e da avaliação dos resultados					
Comentários de acordo com a avaliação de desempenho						Aprovação (S/N)	Assinatura do formador e data	
1.								
2.								

3.		
4.		
5.		
6.		

Livro de Registro do Módulo - Cálculos vesicais

Este é um registro de cirurgias observadas e realizadas pelo formando, devendo ser compilado pelo formando **com um formador presente**.

Data	Descrição do caso	Tipo - Observação ou assistência - Supervisão direta - Prática clínica independente	Se aplicável, aprovação na avaliação de desempenho (S/N)	Comentários	Assinatura do formador

Módulo 11 Reconstrução vaginal

Objetivos de aprendizagem

No final deste módulo, os formandos devem ser capazes de:

1. Explicar os sintomas da estenose vaginal severa.
2. Descrever a avaliação pré-operatória, os passos cirúrgicos e os cuidados pós-operatórios da reconstrução vaginal.
3. Efetuar reconstruções vaginais.
4. Descrever as principais complicações da reconstrução vaginal e os respectivos cuidados.

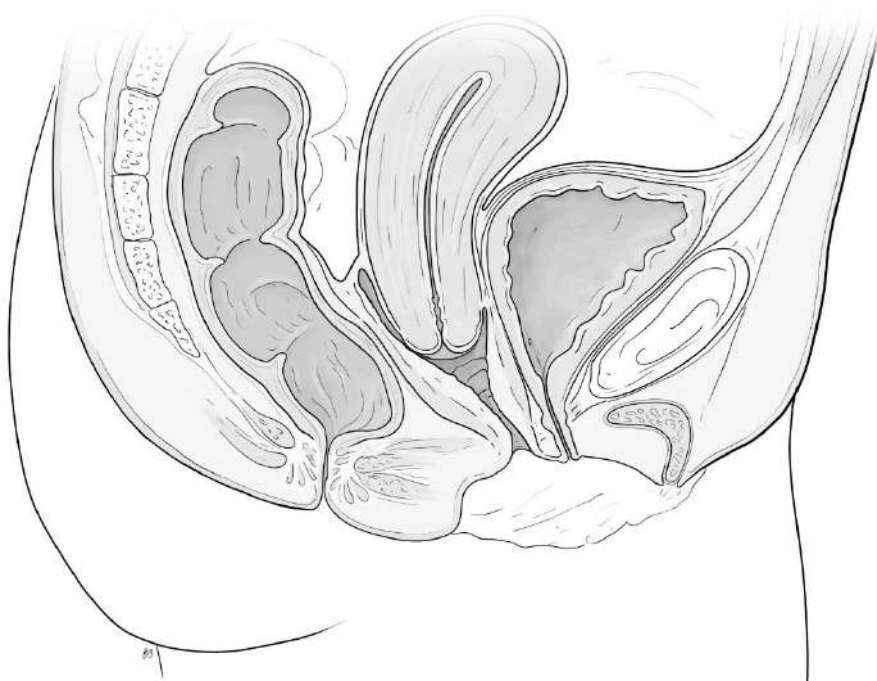


Figura 48. Corte transversal que mostra uma estenose vaginal severa.

A reconstrução da vagina consiste num procedimento cirúrgico que visa tratar cicatrizações vaginais graves e cicatrizes que podem ocorrer após um trabalho de parto longo e obstruído, pelo que está quase sempre associada à fístula obstétrica. A estenose vaginal severa é também, por vezes, referida como vagina encerrada, vagina cicatrizada ou vagina ausente. A gravidade varia desde a existência de um comprimento vaginal razoável com cicatrizes densas e constrictivas, geralmente na parede posterior, até à perda completa do tecido vaginal, resultando numa vagina essencialmente ausente, substituída por um tecido cicatricial denso. As estenoses e cicatrizações vaginais muito graves podem permanecer após a reparação de uma fístula e deixam frequentemente a paciente com uma incontinência uretral grave, uma vez que a cicatrização rígida mantém a uretra aberta, impedindo o seu encerramento normal. Por vezes, existem vários graus de incontinência fecal e de flatos por razões semelhantes. Habitualmente, a reconstrução vaginal apresenta dois objetivos: permitir a prática de relações sexuais normais e repor a continência.

Avaliação pré-operatória

Historial: Por norma, as pacientes com cicatrização vaginal grave registam casos de apareunia ou dispareunia grave resultante da obstrução mecânica. Se ainda não tiverem sido sujeitas a uma reparação da fístula, podem indicar o mesmo historial que uma paciente com fístula. Mesmo que já tenham sido sujeitas a uma reparação de fístula, podem ainda assim sofrer de incontinência uretral.

A estenose vaginal severa pode ser a causa de uma série de outros problemas de saúde ginecológicos, como amenorreia, hipomenorreia, hematometra e dor pélvica, e pode contribuir para a infertilidade secundária e incontinência uretral. Algumas pacientes estão mais preocupadas com a incapacidade de ter relações sexuais penetrativas do que com a incontinência grave, uma vez que esta pode representar um fator determinante socialmente significativo para a qualidade de vida da paciente. Para além de restaurar a continência da paciente, os cirurgiões devem, na medida do possível, respeitar os direitos sexuais e reprodutivos da paciente, procurando também restaurar a capacidade de ter relações sexuais penetrativas. O ideal seria que a reconstrução ocorresse durante a primeira operação de reparação da fístula, mas também é normal acontecer como um procedimento secundário. Neste caso, é descrito aqui um procedimento secundário, mas os princípios podem ser aplicados a uma reparação primária.

Diagnóstico: O diagnóstico pode ser facilmente efetuado com base num exame vaginal e num historial de apareunia ou dispareunia. As pacientes relatam, por vezes, dores cíclicas e amenorreia, uma vez que a menstruação não é drenada. Também é bom verificar a presença de um útero com recurso a uma ecografia.

Planeamento e cuidados: Existem duas opções de tratamento para a cicatrização vaginal. O tratamento conservador requer uma dilatação vaginal repetida e só é adequado para a ausência congénita da vagina. O tratamento cirúrgico envolve rebordos peritoneais, enxertos de pele ou procedimentos de rebordos cutâneos. É importante garantir que a paciente está ciente de que o rebordo cutâneo e as rotações podem resultar no crescimento de pelos na vagina, mas os folículos pilosos podem ser destruídos por diatermia numa fase posterior, o que deverá resolver o problema. Seja qual for o tratamento selecionado, a paciente deve ser cuidadosamente aconselhada, uma vez que o tratamento requer empenho e vontade para realizar posteriormente uma dilatação vaginal.

O grupo sanguíneo da paciente deve ser verificado, sendo disponibilizadas 1–2 unidades de sangue. É também prudente preparar o intestino, uma vez que é possível a formação inadvertida de uma fístula retovaginal iatrogénica durante o procedimento. O processo deve ser realizado adequadamente, de acordo com a preferência do cirurgião. No entanto, por norma, esta preparação inclui uma dieta líquida e enemas de manhã e à noite no dia anterior à cirurgia, seguido por jejum a partir da meia-noite na noite anterior à cirurgia.

Para obter mais informações, consulte 2. Cuidados clínicos pré-operatórios; página 13

Cirurgia

Para reconstruir cirurgicamente a vagina, o primeiro passo incide sobre a abertura de um espaço entre o reto e a bexiga. Isto tem de ser feito com cuidado, pois é muito fácil criar uma fístula durante o processo. O espaço tem de ser adequado para a prática de relações sexuais e, no caso de existir um útero, o colo uterino deve ser devidamente localizado. Este processo pode ser bastante complexo, pelo que é possível recorrer a uma ecografia como guia durante a cirurgia. Em alternativa, o colo uterino pode ser localizado através de um exame retal durante o procedimento. Certifique-se de que as luvas são substituídas após cada exame retal.

1. Administre um anestésico, se for o caso.
2. Administre antibióticos adequados, de acordo com a disponibilidade e a preferência do cirurgião e, se o reto estiver envolvido, adicione metronidazol. Por norma, estes são administrados imediatamente antes da operação, ao mesmo tempo que a anestesia.
3. Coloque a paciente em posição de litotomia exagerada com as nádegas consideravelmente sobre o limite da mesa cirúrgica e em posição de Trendelenburg acentuada.
4. Após a preparação e a colocação dos campos cirúrgicos, insira um cateter de Foley para realizar um teste de coloração e garantir que não existem fístulas. Em seguida, remova o cateter mas deixe a solução de coloração na bexiga.
5. Proceda à infiltração com a diluição de lidocaína e adrenalina para hemostasia e hidrodissociação.
6. Disseque o plano entre o reto e a uretra/bexiga, removendo o tecido cicatricial conforme necessário e verificando regularmente se perfurou a bexiga ou o intestino. Para evitar lesões no ânus/reto, é útil inserir um dedo no canal anal enquanto disseca o plano.
7. É fácil criar um orifício na bexiga durante a dissecação. Se isso acontecer, a existência de urina na bexiga permitirá identificar mais facilmente qualquer orifício existente.
8. Considere o rebordo ou enxerto mais apropriado para cobrir a vagina. *Consulte* abaixo para conhecer uma seleção de procedimentos associados.
9. Volte a inserir o cateter antes de suturar o rebordo ou enxerto e manter a bexiga em drenagem livre.
10. É prudente realizar outro teste de coloração para garantir que não foi ignorada nem criada nenhuma fístula durante a dissecação. Deixe o cateter de Foley in situ para manter a bexiga em drenagem livre.
11. No final do procedimento, insira um tampão esterilizado na vagina reconstruída. Por norma, o tampão é feito de gaze impregnada de iodo ou vaselina. Não deve colar e deve ser suficientemente firme para reduzir a hemorragia, mas não demasiado firme ao ponto de causar dor ou danos nos tecidos.

As opções de procedimento são as seguintes:

Rebordo de Singapura

1. Marque a área a cortar com uma caneta ou coloração, certificando-se de que o tamanho do rebordo cobrirá adequadamente a lesão. O rebordo não deve ser demasiado grande por forma a dificultar, ou mesmo impossibilitar, a reparação do local de colheita.
2. Alguns cirurgiões, mas não todos, realizam uma hidrodissecção (solução salina estéril ou uma mistura de lidocaína e adrenalina). Se for realizada corretamente, esta abre os planos para facilitar a dissecção e, se for utilizada adrenalina, também reduz a perda de sangue. É importante realizar a infiltração no plano correto: não aplique solução salina indiscriminadamente em todos os tecidos do campo cirúrgico e em planos incorretos.
3. Corte a pele e a gordura e continue para incluir a fáscia profunda do músculo subjacente. Para preservar o aporte de sangue, corte a margem inferior da pele apenas superficialmente na gordura.
4. Mobilize o rebordo, mantendo o pedículo num plano inferior para manter o aporte de sangue.
5. Crie um túnel subcutâneo sob os grandes lábios e acima do ramo púbico inferior. Disseque o túnel a partir dos planos vaginal e labial. O tamanho do túnel deve ser apropriado para o tamanho do rebordo, devendo acomodar, pelo menos, dois dedos.
6. Puxe o rebordo para dentro da vagina através do túnel, marcando a quantidade de pele que ficará dentro do túnel.
7. Remova primeiro o rebordo do túnel e remova depois toda a pele que ficaria no interior do túnel.
8. Reintroduza o rebordo na vagina e suture o local. Não deve existir qualquer tensão ao puxar o rebordo ou ao suturá-lo no respetivo lugar.
9. Encerre o local doador do rebordo em três camadas, ou seja, fáscia, derme profunda, subcuticular, garantindo que não existe uma quantidade excessiva de pele na parte lateral ("orelha de cão"). Tenha em conta que reduzir a quantidade de flexão da anca e abdução da perna da paciente através da movimentação dos estribos irá ajudar a juntar as extremidades da pele.
10. Insira um dreno logo acima da camada muscular, uma vez que o risco de hematoma ou seroma é elevado. No caso de não existirem drenos normais disponíveis, é possível fazer um dreno a partir do tubo esterilizado de um saco de urina ou de um conjunto de administração, ou até mesmo a partir de um cateter de plástico reto.

Passos Cirúrgicos Críticos

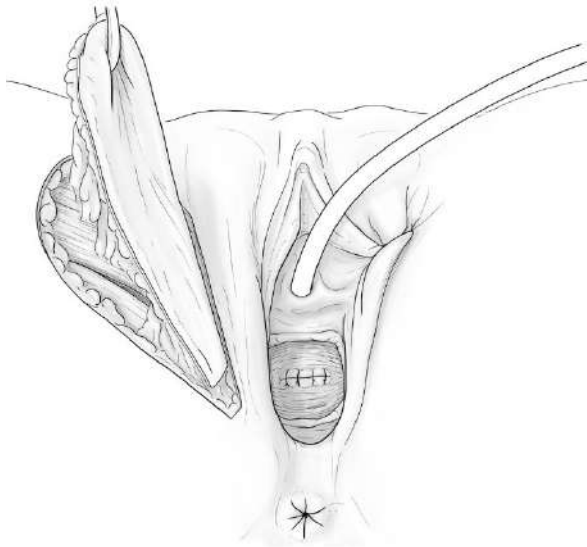


Figura 49. O local de colheita do rebordo de Singapura na zona da virilha deixa um amplo pedículo centrado apenas medialmente à tuberosidade isquial.

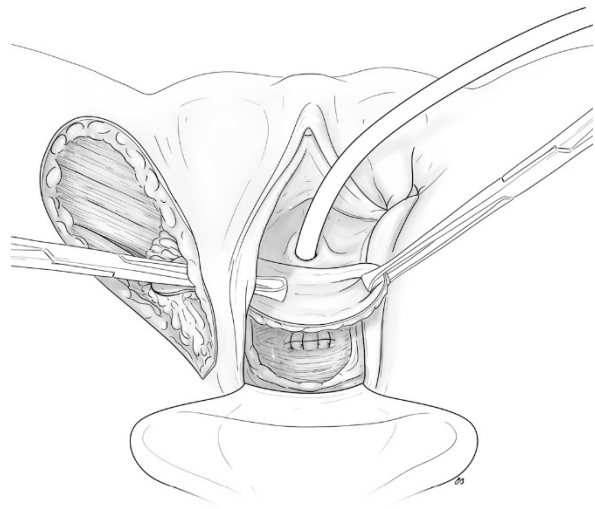


Figura 50. O rebordo é introduzido na vagina por um túnel largo. Certifique-se de que remove cuidadosamente todas as peles que possam permanecer no túnel.

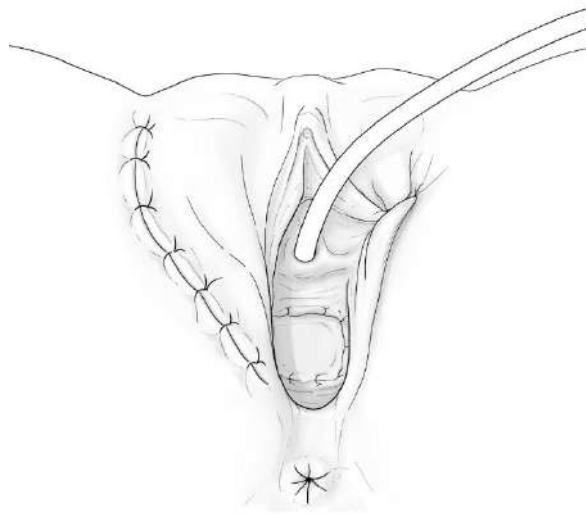


Figura 51. O rebordo está no respetivo lugar, tendo sido reparado o local de colheita.

Recurso de aprendizagem essencial: Série de reparação de fístulas de Andrew Browning [Episode 5 Singapore Neovagina](#).

Enxertos de pele de espessura parcial ou livres (Abbè-McIndoe)

1. Coloque os enxertos de pele de espessura parcial sobre um molde e coloque-os no canal vaginal criado com fixação das respectivas margens nos lábios.
2. Mantenha a permeabilidade vaginal através de uma dilatação regular.
3. A cicatrização no local onde o enxerto de pele é colhido pode ser uma fonte de preocupação, pelo que o enxerto deve ser retirado de um local onde a possível cicatrização e as cicatrizes não sejam um problema.
4. Tenha em conta que o comprimento vaginal inadequado e a dispareunia são comuns.

Rebordo dos pequenos lábios

1. Alguns cirurgiões, mas não todos, realizam uma hidrodissociação (solução salina estéril ou uma mistura de lidocaína e adrenalina). Se for realizada corretamente, esta abre os planos para facilitar a dissecação e, se for utilizada adrenalina, também reduz a perda de sangue. É importante realizar a infiltração no plano correto: não aplique solução salina indiscriminadamente em todos os tecidos do campo cirúrgico e em planos incorretos.
2. Incise muito superficialmente através da pele em redor dos pequenos lábios, perto da base. Não se aproxime demasiado do clítoris.
3. Levante um rebordo de pequenos lábios do plano anterior para o plano posterior, deixando um pedículo num plano posterior para manter o aporte de sangue.
4. Disseque entre as pregas dos pequenos lábios e espalhe-os para permitir o respetivo achatamento.
5. Crie um túnel ou rode-o na direção da vagina (por norma, a criação do efeito de túnel é melhor, dependendo do local a cobrir).
6. Remova todas as peles deixadas no túnel, à semelhança do rebordo de Singapura, tendo muito cuidado para não comprometer o pedículo e o aporte de sangue.
7. Suture o local e repare o local doador.

Rebordos cutâneos perineais e labiais rotacionais

1. Alguns cirurgiões, mas não todos, realizam uma hidrodissociação (solução salina estéril ou uma mistura de lidocaína e adrenalina). Se for realizada corretamente, esta abre os planos para facilitar a dissecação e, se for utilizada adrenalina, também reduz a perda de sangue. É importante realizar a infiltração no plano correto: não aplique solução salina indiscriminadamente em todos os tecidos do campo cirúrgico e em planos incorretos.
2. Colha rebordos de espessura total dos pequenos ou grandes lábios, unilateral ou bilateralmente, para cobrir o potencial espaço vaginal após a dissecação e remoção de qualquer cicatriz.
3. Tenha em atenção que estes rebordos não estão ligados a nenhum aporte de sangue e comportam-se como quaisquer outros rebordos, podendo cicatrizar e contrair-se com o tempo. A única forma de evitar isto é usar um rebordo com aporte de sangue, ou seja, um rebordo de Singapura.
4. Mantenha a permeabilidade vaginal através de uma dilatação regular.

5. Tenha em atenção que, no caso de ser usada pele portadora de pelos como rebordo, a dispareunia, as secreções sebáceas e o crescimento de pelos dentro da vagina reconstruída podem ser motivo de preocupação para algumas pacientes.
6. A criação de uma vagina completa seguindo estes métodos é tecnicamente difícil e, por conseguinte, eles são sobretudo utilizados para reconstruir parcialmente a vagina.

Passos Cirúrgicos Críticos



Figura 52. Rebordo de rotação labial. Um rebordo é levantado do plano posterior para o plano anterior e rodado para dentro da vagina.

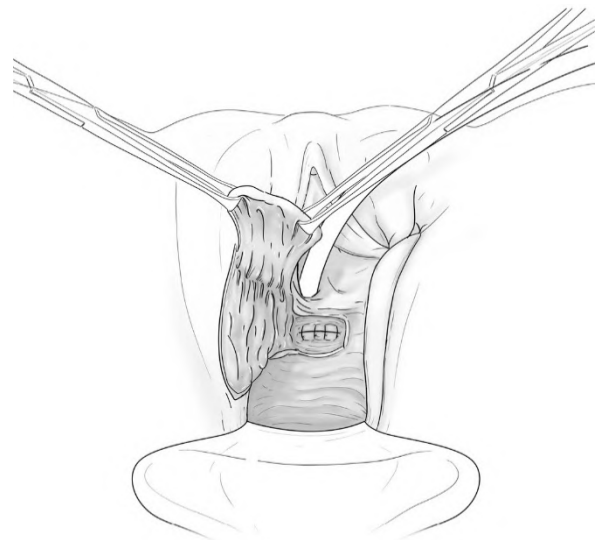


Figura 53. Rebordo desenvolvido.

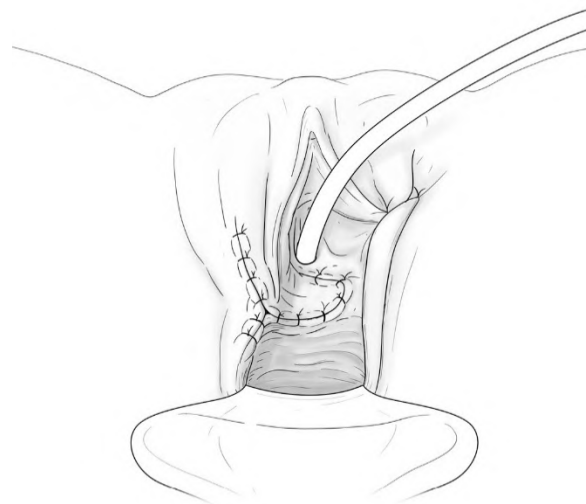


Figura 54. O rebordo de rotação labial é suturado no local sobre áreas de perda de tecido vaginal.

Arrastamento peritoneal (Davydov)

1. Efetue uma episiotomia unilateral ou bilateral para obter acesso adequado à vagina.
2. Alguns cirurgiões, mas não todos, realizam uma hidrodissecção (solução salina estéril ou uma mistura de lidocaína e adrenalina). Se for realizada corretamente, esta abre os planos para facilitar a dissecção e, se for utilizada adrenalina, também reduz a perda de sangue. É importante realizar a infiltração no plano correto: não aplique solução salina indiscriminadamente em todos os tecidos do campo cirúrgico e em planos incorretos.
3. Faça uma incisão transversal na cúpula vaginal ou logo abaixo do colo uterino.
4. Disseque mais profundamente até alcançar o peritônio e abra o peritônio entre o colo uterino e o reto.
5. Esta é a parte mais difícil, tendo em conta o tecido cicatricial e a possibilidade de ferir a bexiga e/ou o reto. Qualquer lesão que possa surgir deve ser reparada de imediato.
6. Depois de desenvolver espaço vaginal suficiente, cubra o mesmo com rebordos do peritônio. Mobilize os rebordos do fundo de Douglas ou das pregas vesicouterinas.
7. Crie a cúpula da neovagina, colocando suturas em bolsa de tabaco à volta do peritônio.
8. É necessário manter uma dilatação contínua para evitar cicatrizes e contrações no espaço vaginal.
9. Tenha em atenção que existe também um risco elevado de infeção peritoneal e complicações associadas.

Passos Cirúrgicos Críticos

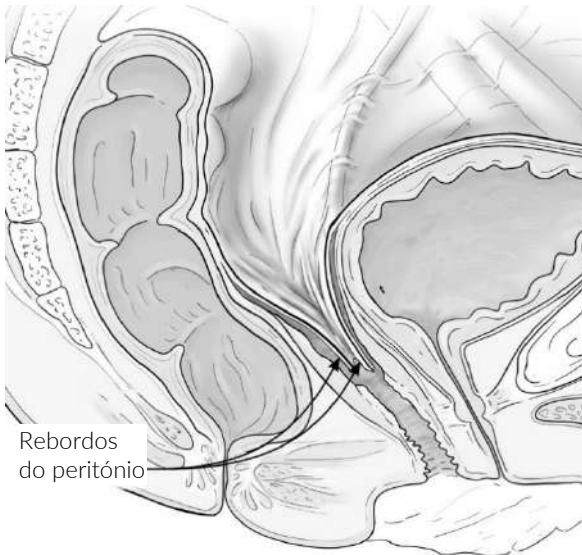


Figura 55. Criação de uma neovagina através do peritônio (procedimento Davydov). O fundo de Douglas é introduzido por via vaginal. Este procedimento pode ser difícil, podendo ser necessário desenvolver um espaço para a neovagina através de uma área de cicatriz fechada. Posteriormente, são desenvolvidos rebordos do peritônio. Tenha em conta que esta paciente foi submetida a uma histerectomia.

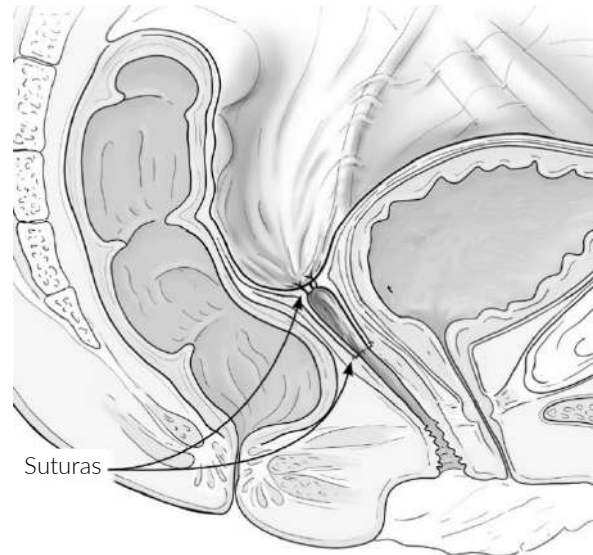


Figura 56. O peritônio é encerrado na nova cúpula vaginal e suturado à vagina restante.

Complicações

- A existência de uma hemorragia excessiva é uma possibilidade em todas as técnicas acima mencionadas, particularmente durante a divisão da cicatriz vaginal, da mobilização e da colheita de enxertos e rebordos. A hemostasia é essencial para prevenir a ocorrência de hematomas pós-operatórios, uma vez que podem ocorrer hemorragias profundas ocultas nos espaços pélvicos profundos dissecados, e até progredir para a cavidade abdominal.
- As lesões vesicais e colorretais também devem ser antecipadas, verificadas ao longo dos procedimentos e reparadas assim que forem diagnosticadas.
- Procure eventuais sinais de infeção, por exemplo, infeção peritoneal e anemia.
- A estenose pode voltar a ocorrer. Para gerir a estenose, examine a vagina reconstruída 3-4 semanas após a cirurgia. Se for evidente uma estenose significativa, a paciente deve ser levada para a sala de operações para remoção ou incisão da estenose. Também é aconselhável realizar uma avaliação da permeabilidade vaginal e da cicatrização dos tecidos do enxerto ou rebordo cerca de 3 semanas após a cirurgia e após a retoma de uma vida sexual ativa.
- A necrose de rebordos pode ocorrer num número muito reduzido de pacientes.

Para obter mais informações, consulte 4. Complicações da cirurgia de fístula; página 238

Cuidados pós-operatórios

Cateterismo: No pós-operatório, o cateter de Foley deve permanecer colocado em drenagem livre durante 10–14 dias. O tampão da vagina reconstruída deve ser mantido enquanto a paciente estiver internada, num máximo de 25 dias, sendo o tampão substituído a cada 2–3 dias. Se o tampão desenvolver um odor desagradável, retire-o durante alguns dias e deixe os tecidos recuperarem antes de iniciar uma dilatação suave.

Dilatação vaginal: Uma vez retirado o tampão, a vagina deve ser dilatada uma ou duas vezes por dia. Por norma, isto é feito com dilatadores vaginais. No entanto, se estes não estiverem disponíveis, pode ser usada uma vela com preservativo na mesma. A paciente é incentivada a inserir o dilatador na vagina o mais longe e firmemente possível (será desconfortável) e a mantê-lo durante 10 minutos, removendo-o depois suavemente.

Dieta: A paciente pode fazer uma dieta normal e deve ser incentivada a ingerir líquidos suficientes para garantir que a urina apresenta uma tonalidade clara. Avalie o movimento intestinal, a obstipação e eventuais sintomas e sinais de íleo paralítico.

Avaliação de resultados cirúrgicos: Se uma fístula for reparada: Consulte 5.2. Avaliação de resultados cirúrgicos; página 246.

Para obter mais informações, consulte 5. Cuidados Pós-Operatórios; página 244

Conselhos específicos de alta

Os seguintes conselhos específicos devem ser comunicados à paciente (bem como ao(s) respetivo(s) acompanhante(s), se for o caso) antes da alta:

- A importância de comparecer nas consultas de acompanhamento pós-operatório.
- Para manter a permeabilidade vaginal, continue a dilatar a vagina uma ou duas vezes por dia, durante 10 minutos, e/ou inicie uma vida sexual ativa 3–4 meses após a reconstrução com enxertos e rebordos pediculados.
- Continuar o treino da bexiga e os exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico, conforme as instruções, bem como os exercícios de reabilitação motora se o pé caído continuar presente.
- Assegurar o parto por cesariana eletiva em todas as gravidezes subsequentes (se a paciente não tiver tido uma histerectomia ou não estiver na pós-menopausa).

Para obter mais informações, consulte 5.4. Conselhos antes da alta; página 252

Avaliação de Desempenho – Reconstrução vaginal

A Avaliação de Desempenho é utilizada em todos os módulos para avaliar as competências e o progresso dos formandos. Tem de ser **preenchida, assinada e datada pelo formador**.

	Insatisfatória	Satisfatória	Boa
Geral			
1. Planeamento e preparação	Diagnóstico incorreto com investigações e preparação pré-operatória inadequadas	Diagnóstico correto com investigações e preparação pré-operatória adequadas, mas com alguns erros	Diagnóstico correto com investigações e preparação pré-operatória adequadas
2. Aconselhamento e consentimento	Aconselhamento insuficiente e obtenção de consentimento após solicitação	Aconselhamento adequado e obtenção de consentimento	Aconselhamento correto da paciente e obtenção de consentimento
3. Passos cirúrgicos padrão	Necessitou de uma orientação considerável para seguir os passos cirúrgicos padrão	Necessitou de alguma ajuda para seguir os passos cirúrgicos padrão	Seguiu os passos cirúrgicos padrão de forma independente e satisfatória
4. Fluxo da operação e planeamento antecipado	Paragens/hesitações regulares com planeamento antecipado insuficiente	Progressão adequada, mas com alguma hesitação no planeamento futuro	Boa progressão e bom planeamento antecipado
5. Conhecimento e manuseamento de instrumentos	Manuseou mal os instrumentos e necessitou de ajuda significativa na seleção dos mesmos	Necessitou de ajuda ocasional no manuseamento e seleção de instrumentos	Manuseou bem os instrumentos e selecionou os instrumentos apropriados

6. Respeito pelos tecidos	Pouco respeito pelos tecidos e/ou ajuda necessária para encontrar planos de tecidos adequados	Respeito adequado pelos tecidos, tendo encontrado planos de tecidos adequados	Respeito satisfatório pelos tecidos, tendo encontrado facilmente os planos de tecidos adequados
7. Suturas e nós	Suturas colocadas de forma imprecisa ou remoção e substituição repetida da agulha nos tecidos para uma colocação correta. Nós soltos e inseguros	Colocação adequada de suturas e nós	Suturas colocadas de forma precisa, com nós adequados
8. Utilização técnica de assistentes	Utilização incorreta dos assistentes	Utilização correta dos assistentes na maior parte do tempo	Utilização sempre correta dos assistentes
9. Relações com a paciente e a equipa cirúrgica	Comunicação e respeito pela paciente e pela equipa cirúrgica inadequados	Boa comunicação e respeito pela paciente e pela equipa cirúrgica na maior parte do tempo	Excelente comunicação e respeito pela paciente e pela equipa cirúrgica
10. Perspicácia e atitude	Compreensão limitada dos próprios pontos fortes e fracos	Compreensão intermédia dos próprios pontos fortes e fracos	Boa compreensão dos próprios pontos fortes e fracos
Especificidade do procedimento			
11. Compreensão da patologia e necessidade de reconstrução vaginal	Compreensão inadequada da patologia e necessidade de reconstrução vaginal	Compreensão adequada da patologia e necessidade de reconstrução vaginal	Boa compreensão da patologia e necessidade de reconstrução vaginal

12. Passos cirúrgicos específicos para a reconstrução vaginal	Conhecimento muito limitado ou incorreto dos passos cirúrgicos específicos para a reconstrução vaginal	Conhecimento correto, mas incompleto dos passos cirúrgicos específicos para a reconstrução vaginal	Bom conhecimento dos passos cirúrgicos específicos para a reconstrução vaginal
13. Capacidade de divisão da cicatriz para criar um espaço retovesical apropriado para a reconstrução vaginal	Ajuda necessária para dividir a cicatriz vaginal e evitar possíveis lesões na bexiga ou no reto	Divisão adequada da cicatriz vaginal, mas necessitou de ajuda para evitar lesões na bexiga ou no reto	Divisão ideal e segura da cicatriz vaginal
14. Consideração das diferentes opções de reconstrução do espaço retovesical	Ajuda necessária para decidir entre as diferentes opções de reconstrução	Consideração adequada das diferentes opções de reconstrução, mas com alguma incerteza	Considerou as diferentes opções de reconstrução e fez uma escolha adequada
15. Colheita de tecido adequado para cobrir o canal retovesical	Ajuda necessária para colher o tecido adequado para cobrir o canal retovesical	Colheita do tecido adequado para cobrir o canal retovesical, mas necessitou de ajuda	Colheita independente e correta de tecido adequado e saudável para cobrir o canal retovesical
16. Fixação de tecido mobilizado para cobrir as superfícies do espaço retovesical	Orientação significativa necessária para fixar corretamente o tecido colhido para cobrir o espaço retovesical	Fixação adequada do tecido colhido para cobrir o espaço retovesical, com ajuda	Fixação correta e independente do tecido colhido para cobrir o espaço retovesical
17. Manutenção da permeabilidade da vagina reconstruída (tampões vaginais, dilatadores)	Ajuda necessária para lembrar de colocar os dilatadores vaginais e/ou planejar a dilatação contínua	Dilatadores vaginais colocados e/ou planeados de forma correta para dilatação contínua, com algumas indicações	Colocação correta dos dilatadores vaginais durante a cirurgia e planeamento de dilatação contínua sem qualquer ajuda

18. Documentação do procedimento	Documentação escrita insuficiente	Documentação suficiente, mas com algumas omissões	Documentação clara e abrangente, com todas as informações necessárias					
Complicações								
19. Compreensão de eventuais complicações, incluindo a forma de identificar e gerir as mesmas	Compreensão limitada das complicações e/ou falta de clareza dos respetivos cuidados	Compreensão adequada das complicações e planos para os respetivos cuidados	Boa compreensão das complicações, com planos de cuidados claros					
Cuidados pós-operatórios								
20. Planeamento dos cuidados pós-operatórios, incluindo o cateterismo e a dieta	Planeamento inadequado dos cuidados pós-operatórios	Planeamento adequado dos cuidados pós-operatórios	Bom planeamento dos cuidados pós-operatórios					
21. Conhecimento dos testes de continência e avaliação dos resultados	Conhecimento limitado dos testes de continência e da avaliação dos resultados	Conhecimento adequado dos testes de continência e da avaliação dos resultados	Bom conhecimento dos testes de continência e da avaliação dos resultados					
Comentários de acordo com a avaliação de desempenho						Aprovação (S/N)	Assinatura do formador e data	
1.								
2.								

3.		
4.		
5.		
6.		

Livro de Registro do Módulo - Reconstrução vaginal

Este é um registro de cirurgias observadas e realizadas pelo formando, devendo ser compilado pelo formando **com um formador presente**.

Data	Descrição do caso	Tipo - Observação ou assistência - Supervisão direta - Prática clínica independente	Se aplicável, aprovação na avaliação de desempenho (S/N)	Comentários	Assinatura do formador

Módulo 12 Fístula uretral e reconstrução

Objetivos de aprendizagem

No final deste módulo, os formandos devem ser capazes de:

1. Explicar as características das fístulas uretrais.
2. Descrever a avaliação pré-operatória, os passos cirúrgicos e os cuidados pós-operatórios da reconstrução uretral.
3. Reconstruir uretras e reparar defeitos uretrais.
4. Descrever as principais complicações da reconstrução uretral e os respetivos cuidados.

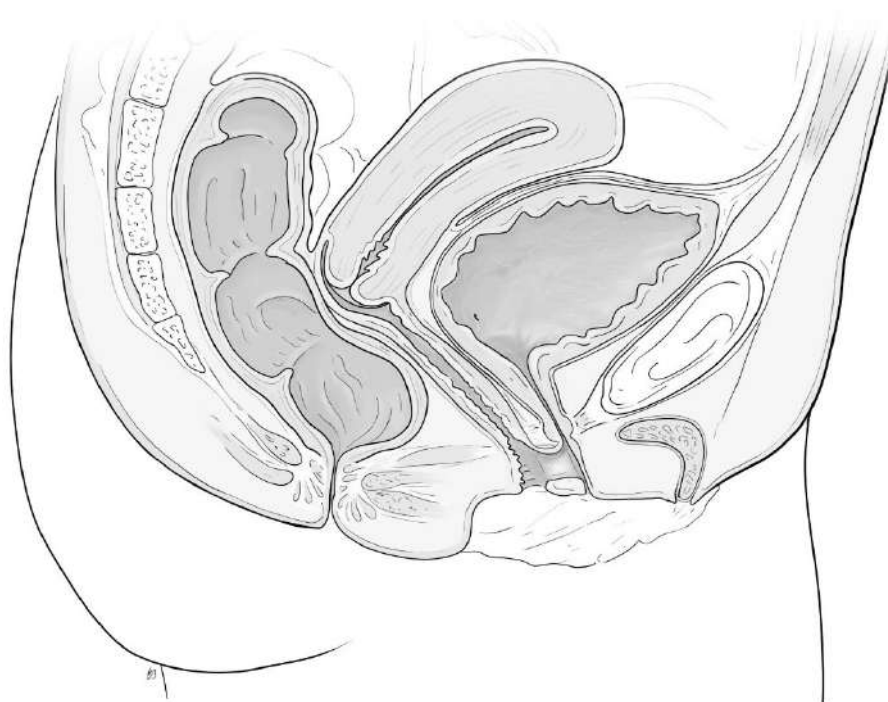


Figura 57. Corte transversal que mostra uma pequena fístula uretral distal.

No passado, até 30% das lesões da fístula também afetavam a uretra e, num máximo de 5% dos casos, houve uma perda total da uretra.⁷³ No entanto, como o padrão das fístulas obstétricas mudou, existem agora menos lesões deste tipo. No entanto, as fístulas que envolvem a uretra continuam a ser as mais difíceis de tratar. É relativamente fácil obter o encerramento anatómico da fístula e a reconstrução da uretra, mas se todos os componentes do mecanismo de continência tiverem sido destruídos, muitas vezes existe pouca ou nenhuma função fisiológica e a paciente acaba por ficar incontinente de urina.

⁷³ D. De Ridder, G. H. Badlani, A. Browning, *et al.* Fistulas in the Developing World. In: P. Abrams, L. Cardozo, S. Khoury, A. Wein, eds. *Incontinence*, 4th ed. Paris: Health Publications Ltd. UK (2009).

As fístulas uretrais podem ser subdivididas em duas grandes categorias: as fístulas associadas à perda circunferencial da uretra (quase todas as fístulas circunferenciais envolvem a uretra até certo grau) e as fístulas associadas à perda da uretra posterior, mas com a uretra anterior intacta.

Avaliação pré-operatória

Historial: As pacientes têm um historial longo de trabalho de parto obstruído e incontinência urinária posterior. É raro, mas por vezes podem ocorrer danos uretrais quando uma parteira tradicional corta a uretra numa tentativa de fazer uma episiotomia.

Diagnóstico: O diagnóstico pode ser feito através do historial e de um exame. Após a inspeção, com ou sem espéculo, os danos uretrais podem ser facilmente identificados. O defeito também pode ser palpado por via vaginal, com o dedo examinador a sentir o osso da sínfise púbica no local onde a uretra deve estar. Se a paciente tiver uma fístula circunferencial, existe frequentemente uma estenose uretral na extremidade distal.

Planeamento e cuidados: A paciente deve estar em jejum a partir da meia-noite da noite anterior à cirurgia. Por norma, a preparação intestinal completa não é necessária para a fístula do trato urinário, mas deve ser pedido à paciente para evacuar o intestino imediatamente antes de ir para o bloco operatório. No entanto, esta prática varia e depende da preferência individual do cirurgião.

Para obter mais informações, consulte 2. Cuidados clínicos pré-operatórios; página 13

Cirurgia

O principal objetivo desta cirurgia vaginal passa por reconstruir a uretra ou reparar o defeito uretral, por forma a garantir que a uretra tem um comprimento e uma largura normais.

1. Administre um anestésico, se for o caso.
2. Administre antibióticos adequados, de acordo com a disponibilidade e a preferência do cirurgião. Por norma, estes são administrados imediatamente antes da operação, ao mesmo tempo que a anestesia.
3. Coloque a paciente em posição de litotomia exagerada com as nádegas consideravelmente sobre o limite da mesa cirúrgica e em posição de Trendelenburg acentuada.
4. Alguns cirurgiões, mas não todos, realizam uma hidrodissociação (solução salina estéril ou uma mistura de lidocaína e adrenalina). Se for realizada corretamente, esta abre os planos para facilitar a dissecção e, se for utilizada adrenalina, também reduz a perda de sangue. É importante realizar a infiltração no plano correto: não aplique solução salina indiscriminadamente em todos os tecidos do campo cirúrgico e em planos incorretos.
5. É importante tentar reparar ou reconstruir a uretra a partir do tecido uretral restante ou da bexiga, para que existe pelo menos algum músculo na uretra recriada. No caso de uma fístula uretral, é útil repará-la longitudinalmente, se possível, para manter o comprimento e a largura da uretra.
6. Quando a perda uretral é significativa ou completa, pode ser desenvolvido um rebordo da bexiga anterior, da mesma forma que a bexiga anterior seria mobilizada durante uma reparação circunferencial. Este procedimento pode não ser possível se o volume da bexiga for pequeno,

pelo que poderá ser necessário criar a uretra a partir de tecido vaginal, mas isto tende a não funcionar tão bem, sendo mais provável a formação de estenoses numa fase posterior.

7. Ao criar uma uretra de rebordo da bexiga anterior, mobilize a bexiga anterior e avance-a em direção ao tecido uretral restante ou, no caso de perda uretral completa, avance-a para onde o meato deve ficar. Suture o rebordo da bexiga anterior até ao osso púbico na linha média e proceda à respetiva tubularização com um cateter de Foley.
8. Repare o defeito restante na bexiga.
9. Se ainda não tiver sido inserido nenhum cateter de Foley, insira-o agora e encha o balão do cateter com 5 mL de líquido estéril. Realize um teste de coloração de rotina após a reparação para confirmar o sucesso do encerramento e excluir quaisquer fístulas adicionais. Deixe o cateter de Foley in situ para manter a bexiga em drenagem livre.
10. O ligamento pubouretral é reconstruído como um mecanismo anti-incontinência, usando um rebordo do músculo pubococcígeo ou colhendo a fáscia da bainha retal ou a fáscia lata e criando um sling por baixo da uretra até à parede abdominal anterior. Existem poucas evidências que sugiram que a utilização do método fascial na operação inicial leva a uma maior falha da reparação, pelo que este método é mais comumente utilizado como um procedimento secundário se a paciente permanecer com incontinência persistente após a reparação inicial e o sling pubococcígeo.
11. Repare a vagina sem tensão. Este procedimento pode exigir a utilização de rebordos. Ao reparar a vagina, proceda à refixação da fáscia pubocervical ao arco tendinoso de ambos os lados da uretra. Uma sutura de ácido poliglicólico 2-0 é mais comumente utilizada.
12. Caso tenha realizado uma episiotomia, suture a mesma e remova as suturas labiais.
13. Insira um tampão vaginal estéril para reduzir o risco de hemorragia e a formação de hematomas e remova-o no dia seguinte. Por norma, o tampão é feito de gaze impregnada de iodo ou vaselina. Não deve colar e deve ser suficientemente firme para reduzir a hemorragia, mas não demasiado firme ao ponto de causar dor ou danos nos tecidos.

Se o encerramento da fístula não for bem-sucedido, aconselhe em matéria de cuidados e dos próximos passos a seguir, se for o caso.

Passos Cirúrgicos Críticos

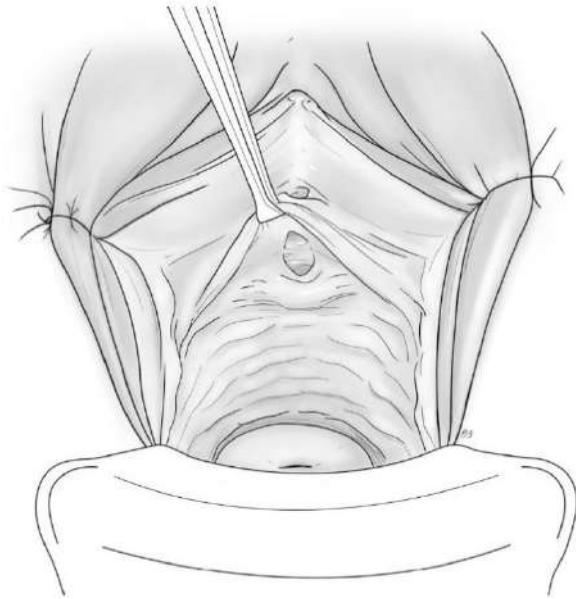


Figura 58. Pequena fístula uretral distal vista vaginalmente.

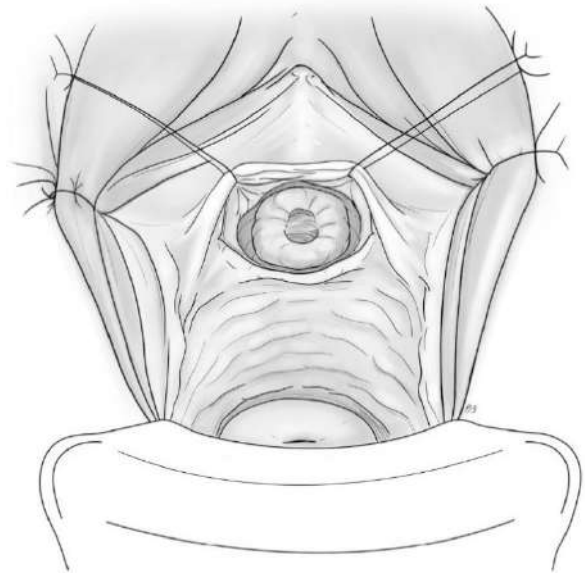


Figura 59. Mobilize cuidadosamente a vagina e a uretra, uma vez que os tecidos podem ser muito finos.

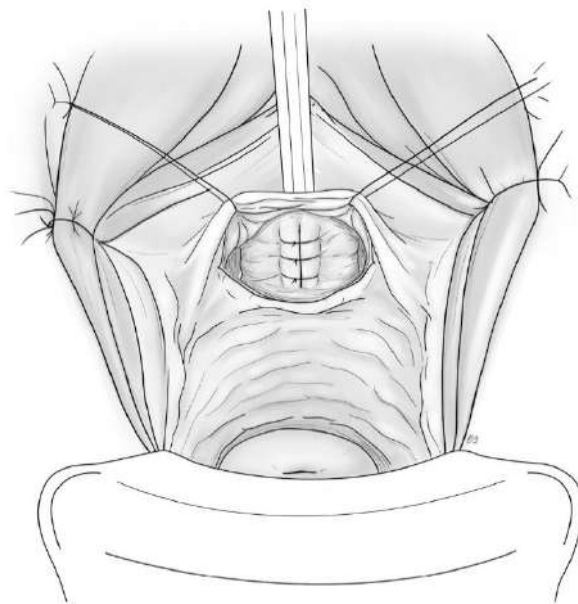


Figura 60. A fístula é reparada verticalmente com um cateter de Foley para manter o comprimento e a largura da uretra.

Complicações

- Mesmo após uma reparação uretral bem-sucedida, a taxa de incontinência pode ser elevada,⁷⁴ podendo persistir em aproximadamente 16%–49% das pacientes.⁷⁵
- É possível que persista uma fístula residual.
- Se tiverem sido usados rebordos, pode ocorrer uma falha do procedimento num número muito reduzido de pacientes.
- As estenoses uretrais podem desenvolver-se num número reduzido de pacientes, devendo ser verificadas nas consultas de acompanhamento.

Para obter mais informações, consulte 4. Complicações da cirurgia de fístula; página 238

Cuidados pós-operatórios

Cateterismo: No pós-operatório, o cateter de Foley deve permanecer colocado em drenagem livre durante 7-10 dias para dar tempo suficiente à uretra de cicatrizar. Desde que a bexiga não tenha sido afetada, o período de cateterismo é ligeiramente mais curto para este tipo de fístulas do que os habituais 10-14 dias, uma vez que não é necessário manter a bexiga vazia.

Dieta: A paciente pode fazer uma dieta normal e deve ser incentivada a ingerir líquidos suficientes para garantir que a urina apresenta uma tonalidade clara.

Avaliação de resultados cirúrgicos: Consulte 5.2. Avaliação de resultados cirúrgicos; página 246.

Para obter mais informações, consulte 5. Cuidados Pós-Operatórios; página 244

Conselhos específicos de alta

Os seguintes conselhos específicos devem ser comunicados à paciente (bem como ao(s) respetivo(s) acompanhante(s), se for o caso) antes da alta:

- A importância de comparecer nas consultas de acompanhamento pós-operatório.

Se a fístula uretral e a reconstrução estiverem associadas a uma lesão isquémica como resultado de uma fístula obstétrica, os seguintes pontos devem ser incluídos nos conselhos de alta:

- Continuar o treino da bexiga e os exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico, conforme as instruções, bem como os exercícios de reabilitação motora se o pé caído continuar presente.
- Assegurar o parto por cesariana eletiva em todas as gravidezes subsequentes (se a paciente não tiver tido uma histerectomia ou não estiver na pós-menopausa).

Para obter mais informações, consulte 5.4. Conselhos antes da alta; página 252

⁷⁴ A. Browning. Risk Factors for Developing Residual Urinary Incontinence after Obstetric Fistula Repair. *BJOG* (2006).

⁷⁵ Waaldijk. The Immediate Management of Fresh Obstetric Fistulas.

Avaliação de Desempenho – Fístula uretral e reconstrução

A Avaliação de Desempenho é utilizada em todos os módulos para avaliar as competências e o progresso dos formandos. Tem de ser **preenchida, assinada e datada pelo formador**.

	Insatisfatória	Satisfatória	Boa
Geral			
1. Planeamento e preparação	Diagnóstico incorreto com investigações e preparação pré-operatória inadequadas	Diagnóstico correto com investigações e preparação pré-operatória adequadas, mas com alguns erros	Diagnóstico correto com investigações e preparação pré-operatória adequadas
2. Aconselhamento e consentimento	Aconselhamento insuficiente e obtenção de consentimento após solicitação	Aconselhamento adequado e obtenção de consentimento	Aconselhamento correto da paciente e obtenção de consentimento
3. Passos cirúrgicos padrão	Necessitou de uma orientação considerável para seguir os passos cirúrgicos padrão	Necessitou de alguma ajuda para seguir os passos cirúrgicos padrão	Seguiu os passos cirúrgicos padrão de forma independente e satisfatória
4. Fluxo da operação e planeamento antecipado	Paragens/hesitações regulares com planeamento antecipado insuficiente	Progressão adequada, mas com alguma hesitação no planeamento futuro	Boa progressão e bom planeamento antecipado
5. Conhecimento e manuseamento de instrumentos	Manuseou mal os instrumentos e necessitou de ajuda significativa na seleção dos mesmos	Necessitou de ajuda ocasional no manuseamento e seleção de instrumentos	Manuseou bem os instrumentos e selecionou os instrumentos apropriados

6. Respeito pelos tecidos	Pouco respeito pelos tecidos e/ou ajuda necessária para encontrar planos de tecidos adequados	Respeito adequado pelos tecidos, tendo encontrado planos de tecidos adequados	Respeito satisfatório pelos tecidos, tendo encontrado facilmente os planos de tecidos adequados
7. Suturas e nós	Suturas colocadas de forma imprecisa ou remoção e substituição repetida da agulha nos tecidos para uma colocação correta. Nós soltos e inseguros	Colocação adequada de suturas e nós	Suturas colocadas de forma precisa, com nós adequados
8. Utilização técnica de assistentes	Utilização incorreta dos assistentes	Utilização correta dos assistentes na maior parte do tempo	Utilização sempre correta dos assistentes
9. Relações com a paciente e a equipa cirúrgica	Comunicação e respeito pela paciente e pela equipa cirúrgica inadequados	Boa comunicação e respeito pela paciente e pela equipa cirúrgica na maior parte do tempo	Excelente comunicação e respeito pela paciente e pela equipa cirúrgica
10. Perspicácia e atitude	Compreensão limitada dos próprios pontos fortes e fracos	Compreensão intermédia dos próprios pontos fortes e fracos	Boa compreensão dos próprios pontos fortes e fracos
Especificidade do procedimento			
11. Compreensão da patologia	Compreensão inadequada da fístula uretral	Compreensão adequada da fístula uretral	Boa compreensão da fístula uretral

12. Passos cirúrgicos específicos para a reparação da fístula uretral	Conhecimento limitado ou incorreto dos passos cirúrgicos específicos para a reparação da fístula uretral	Conhecimento correto, mas incompleto dos passos cirúrgicos específicos para a reparação da fístula uretral	Bom conhecimento dos passos cirúrgicos específicos para a reparação da fístula uretral
13. Conhecimento e escolha de diferentes procedimentos cirúrgicos necessários para reparar/reconstruir a lesão uretral	Conhecimento insuficiente dos procedimentos cirúrgicos necessários para reparar/reconstruir a lesão uretral, com escolha do procedimento incorreto	Conhecimento suficiente dos procedimentos cirúrgicos necessários para reparar/reconstruir a lesão uretral, com escolha do procedimento incorreto	Bom conhecimento dos procedimentos cirúrgicos necessários para reparar/reconstruir a lesão uretral, com escolha do procedimento correto
14. Compreensão do risco de incontinência persistente	Compreensão limitada do risco de incontinência persistente	Compreensão parcial do risco de incontinência persistente	Compreensão adequada do risco de incontinência persistente
15. Execução de procedimentos e aplicação de mecanismos anti-incontinência	Orientação necessária para executar o procedimento adequado e aplicar mecanismos anti-incontinência	Execução adequada do procedimento adequado e aplicação de mecanismos anti-incontinência	Execução adequada do procedimento e aplicação correta dos mecanismos anti-incontinência
16. Ponderação da possível utilização de rebordos vaginais, se aplicável	Necessitou de indicações para ponderar a possível utilização de rebordos vaginais	Ponderou a possível utilização de rebordos vaginais, mas necessitou de ajuda	Ponderou de forma independente a possível utilização de rebordos vaginais
17. Documentação do procedimento	Documentação escrita insuficiente	Documentação suficiente, mas com algumas omissões	Documentação clara e abrangente, com todas as informações necessárias

Complicações										
18. Compreensão de eventuais complicações, incluindo a forma de identificar e gerir as mesmas	Compreensão limitada das complicações e/ou falta de clareza dos respetivos cuidados	Compreensão adequada das complicações e planos para os respetivos cuidados			Boa compreensão das complicações, com planos de cuidados claros					
Cuidados pós-operatórios										
19. Planeamento dos cuidados pós-operatórios, incluindo o cateterismo e a dieta	Planeamento inadequado dos cuidados pós-operatórios	Planeamento adequado dos cuidados pós-operatórios			Bom planeamento dos cuidados pós-operatórios					
20. Conhecimento dos testes de continência e avaliação dos resultados	Conhecimento limitado dos testes de continência e da avaliação dos resultados	Conhecimento adequado dos testes de continência e da avaliação dos resultados			Bom conhecimento dos testes de continência e da avaliação dos resultados					
Comentários de acordo com a avaliação de desempenho						Aprovação (S/N)	Assinatura do formador e data			
1.										
2.										
3.										
4.										

3. Aquisição de competências em cirurgia de fístula
Nível 2 Módulo 12 Fístula uretral e reconstrução

5.		
6.		

Livro de Registro do Módulo – Fístula uretral e reconstrução

Este é um registro de cirurgias observadas e realizadas pelo formando, devendo ser compilado pelo formando **com um formador presente.**

Data	Descrição do caso	– – – Observação ou assistência Supervisão direta Prática clínica independente	Tipo	Se aplicável, aprovação na avaliação de desempenho (S/N)	Comentários	Assinatura do formador

Módulo 13 Incontinência persistente

Objetivos de aprendizagem

No final deste módulo, os formandos devem ser capazes de:

1. Explicar as possíveis causas da incontinência persistente após a reparação da fístula e como reduzir o risco de ocorrência.
2. Descrever a avaliação pré-operatória, os passos cirúrgicos e os cuidados pós-operatórios da incontinência persistente.
3. Selecionar e realizar procedimentos cirúrgicos adequados para tratar a incontinência persistente.
4. Descrever as principais complicações do tratamento de incontinência persistente e os respetivos cuidados.



Figura 61. Corte transversal que mostra uma paciente cuja fístula grande foi encerrada com sucesso, mas que continua totalmente incontinente de urina por causa de uma uretra ampla e aberta. Tenha em atenção a parede vaginal anterior pequena e o colo uterino puxados para baixo em direção ao introito.

Apesar dos melhores esforços de um cirurgião, existem sempre pacientes que continuam a ter algum grau de incontinência urinária, apesar do encerramento bem-sucedido da fístula.

Os fatores que podem levar a esta situação são bem conhecidos e incluem casos em que a fístula:

- Envolve a uretra (Goh tipo 2–4, Waaldijk tipo II).
- É maior.
- Tem cicatrizes mais profundas.

- Conduz a uma capacidade reduzida da bexiga.

Existem medidas que podem ser tomadas durante o encerramento inicial da fístula para minimizar o risco de incontinência persistente:

- Manter o comprimento e a largura normais da uretra.
- Apoiar a uretra com um sling ou proceder à refixação da fásia pubocervical,⁷⁶ nos casos em que a fístula envolve a uretra (Goh tipo 2–4 ou Waaldijk tipo II).
- Reparar a vagina sem tensão.

Apesar destas precauções, 18%–33%⁷⁷ das pacientes apresentam alguma forma de incontinência urinária persistente no pós-operatório, dependendo do tipo de fístula e dos métodos de reparação utilizados pelo cirurgião. É importante diagnosticar corretamente a incontinência persistente.

As causas possíveis incluem:

- Fístula residual.
- A incontinência de esforço, se estiver relacionada com fístulas, deve-se geralmente a uma uretra incompetente com pouca ou nenhuma função fisiológica.
- Bexiga hiperativa.
- Incontinência de esforço aliada a uma bexiga hiperativa.
- A incontinência por regurgitação ocorre em 4%⁷⁸ dos casos, pelo que é crucial detetar a situação.

É importante estar ciente de que, para algumas pacientes, a incontinência de esforço resolve-se com o tempo. É prática comum ensinar à paciente a técnica de treino da bexiga e/ou exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico e esperar 4-6 meses antes de tentar uma segunda operação.

Avaliação pré-operatória

Historial: A paciente apresenta um historial de fístula e reparação prévia, mas com incontinência urinária pós-operatória persistente. A incontinência pode variar de muito ligeira (ou seja, perdas quando tosse ou empurra com força) a mais grave (ou seja, perdas ao andar ou mesmo ao sentar e/ou deitar). De facto, pode ser tão grave que a paciente sente que a fístula continua presente.

Diagnóstico: O diagnóstico pode ser feito com base no historial e através de um exame.

Se disponíveis, os testes urodinâmicos podem ser especialmente úteis para determinar a causa da incontinência. Para além disso, é importante assegurar que a paciente não tem nenhuma fístula residual, fazendo para isso um teste de coloração e verificando sempre o volume urinário residual. Uma operação a uma paciente com retenção urinária com regurgitação só irá piorar a situação. Por conseguinte, é necessário realizar uma cistometria no internamento para excluir a bexiga

⁷⁶ R. Pope, P. Ganesh, J. Wilkinson. Pubococcygeal Sling versus Refixation of the Pubocervical Fascia in Vesicovaginal Fistula Repair: A Retrospective Review. *Obstet Gynecol Int* (2018).

⁷⁷ A. Browning. Prevention of Residual Urinary Incontinence Following Successful Repair of Obstetric Vesico-Vaginal Fistula Using a Fibro-Muscular Sling. *BJOG* (2004); Goh, *et al.* Predicting the Risk of Failure of Closure of Obstetric Fistula and Residual Urinary Incontinence Using a Classification System.

⁷⁸ M.P. Carey, J.T. Goh, M.M. Fynes, C.J. Murray. Stress Urinary Incontinence after Delayed Primary Closure of Genitourinary Fistula: A Technique for Surgical Management. *Am J Obstet Gynecol* (2002).

hiperativa, que em primeira instância deve ser gerida com um treino da bexiga e anticolinérgicos. A maioria das pacientes apresenta incontinência de esforço, que pode ser claramente observada ao examinar o meato urinário externo, e, ao pedir à paciente para tossir, será visível uma perda de urina (certifique-se de que a bexiga da paciente não está vazia). Deve ser sempre feita uma análise urinária para excluir a possibilidade infeção do trato urinário.

Planeamento e cuidados: Uma vez feito o diagnóstico correto da causa da incontinência persistente (ou seja, uma fístula residual, incontinência de esforço, bexiga hiperativa, incontinência mista ou retenção com regurgitação), a via mais adequada pode então ser planeada. A paciente deve estar em jejum a partir da meia-noite da noite anterior à cirurgia. Por norma, a preparação intestinal completa não é necessária para a incontinência persistente, mas deve ser pedido à paciente para evacuar o intestino imediatamente antes de ir para o bloco operatório. No entanto, esta prática varia e depende da preferência individual do cirurgião. É muito útil realizar um pad-test de 1 hora antes e depois da operação para obter uma medição objetiva de uma eventual melhoria.

Para obter mais informações, consulte 2. Cuidados clínicos pré-operatórios; página 13

Cirurgia

Se for necessária operar para tratar a incontinência persistente, aplicam-se os princípios da reparação de fístula:

1. Administre um anestésico, se for o caso.
2. Administre antibióticos adequados, de acordo com a disponibilidade e a preferência do cirurgião. Por norma, estes são administrados imediatamente antes da operação, ao mesmo tempo que a anestesia.
3. Coloque a paciente em posição de litotomia exagerada com as nádegas consideravelmente sobre o limite da mesa cirúrgica e em posição de Trendelenburg acentuada.
4. Após a preparação e a colocação dos campos cirúrgicos, meça o comprimento da uretra através de um cateter de Foley. Insira o cateter de Foley e encha o balão com 5 mL de líquido. Retire o cateter de Foley até que o balão esteja encostado ao colo da bexiga. Aperte o cateter no meato urinário, esvazie o balão e retire o cateter de Foley, continuando a segurá-lo onde o apertou no meato. Volte a encher o balão para ver o comprimento da uretra.
5. Alguns cirurgiões, mas não todos, realizam uma hidrodissecção (solução salina estéril ou uma mistura de lidocaína e adrenalina). Se for realizada corretamente, esta abre os planos para facilitar a dissecção e, se for utilizada adrenalina, também reduz a perda de sangue. É importante realizar a infiltração no plano correto: não aplique solução salina indiscriminadamente em todos os tecidos do campo cirúrgico e em planos incorretos.
6. Se a uretra for curta e/ou larga, reconstrua a uretra para um comprimento e largura normais.⁷⁹ É importante alongar a uretra a partir da bexiga e não da vagina distal e/ou dos lábios, pois é raro funcionar, se é que alguma vez funciona.

⁷⁹ A. Browning. A New Technique for the Surgical Management of Urinary Incontinence after Obstetric Fistula Repair. *BJOG* (2006); K. Waaldijk. *Obstetric Trauma Surgery Art and Science*.

7. Tentativa de reconstrução do ligamento pubouretral como um mecanismo anti-incontinência, apoiando a uretra com um sling de músculo ou fáscia.
8. Reconstrua a vagina por forma a reduzir o risco de a uretra abrir por uma parede vaginal anterior apertada/tensa, usando uma sutura de ácido poliglicólico 2-0.
9. Se ainda não tiver sido inserido nenhum cateter de Foley, insira-o agora e encha o balão do cateter com 5 mL de líquido estéril. Realize um teste de coloração de rotina após a reparação para confirmar o sucesso do encerramento e excluir quaisquer fístulas adicionais. Meça novamente o comprimento da uretra, conforme referido acima, registando o novo comprimento. Substitua o cateter de Foley após a medição da uretra.
10. Caso tenha realizado uma episiotomia, suture a mesma e remova as suturas labiais.
11. Insira um tampão vaginal estéril para reduzir o risco de hemorragia e a formação de hematomas e remova-o no dia seguinte. Por norma, o tampão é feito de gaze impregnada de iodo ou vaselina. Não deve colar e deve ser suficientemente firme para reduzir a hemorragia, mas não demasiado firme ao ponto de causar dor ou danos nos tecidos.

Seguindo os princípios acima referidos, um cirurgião pode visar uma taxa de cura de 70% e uma taxa de melhoria de 15%. Contudo, a condição de algumas pacientes permanecerá inalterada.⁸⁰

Se o encerramento da fístula não for bem-sucedido, aconselhe em matéria de cuidados e dos próximos passos a seguir, se for o caso. A repetição da operação pode ajudar ou, se esta não for uma opção, o recurso a um dispositivo mecânico como um molde uretral ou um cateter e uma ponta libertado 5–6 vezes por dia e alterado mensalmente pode trazer melhorias.

⁸⁰ A. Browning. The Problem of Continuing Urinary Incontinence after Obstetric Vesicovaginal Surgery. RCOG International News (2012).

Passos Cirúrgicos Críticos

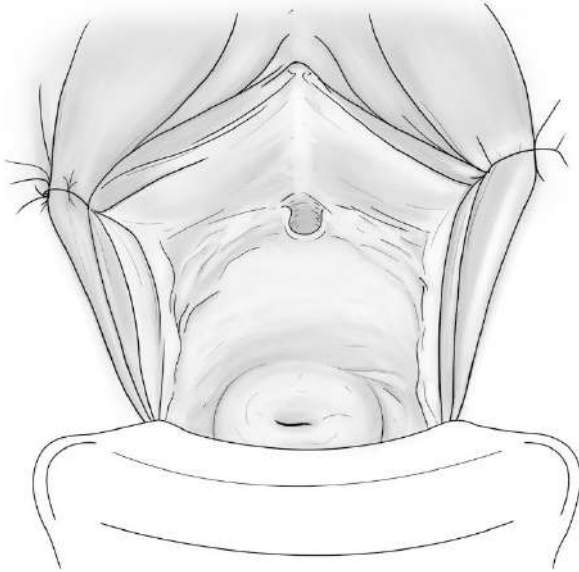


Figura 62. O mesmo caso clínico da Figura 61 visto por via vaginal. Tenha em atenção o meato uretral aberto retraído e a parede vaginal anterior pequena e apertada, sem rugas.

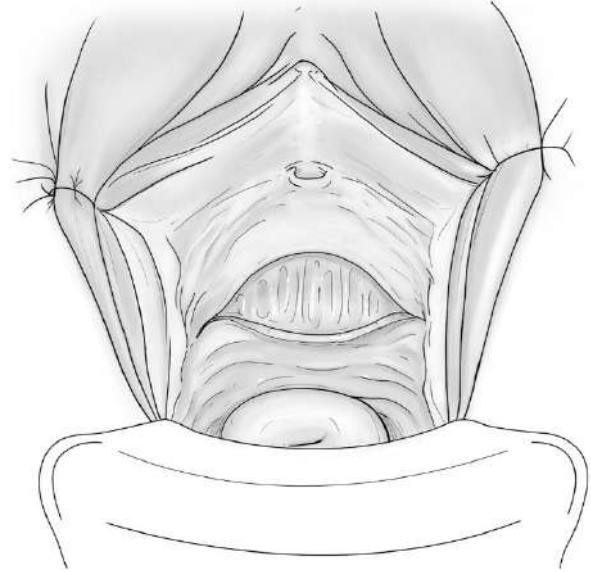


Figura 63. A vagina anterior foi mobilizada, empurrando o útero de volta à sua posição normal e aproximando a uretra. Deve ser utilizado um rebordo para preencher a fenda vaginal anterior, bem como um sling de fásia para apoiar a uretra.

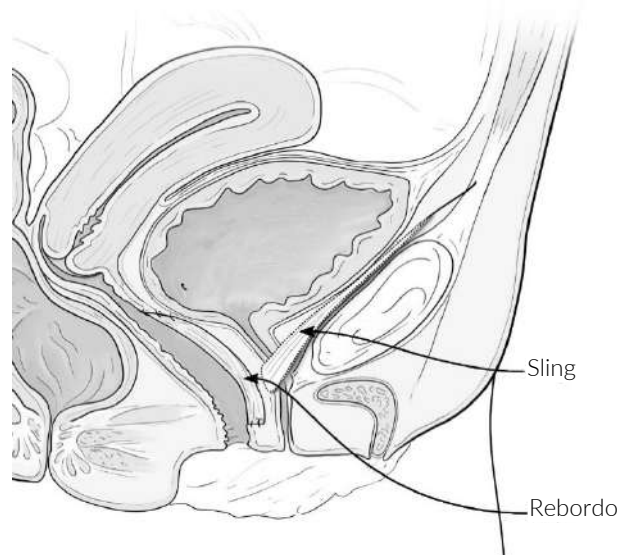


Figura 64. A vagina anterior foi incisada e mobilizada, permitindo à uretra avançar para a frente e ao útero recuar. A uretra foi reconstruída de modo a atingir um comprimento e uma largura normais, sendo apoiada por um sling. A fenda da vagina foi preenchida por um rebordo.

Recurso de aprendizagem essencial: Série de reparação de fístulas de Andrew Browning [Episode 4 Ongoing Incontinence After Fistula Repair](#).

Complicações

- Incontinência persistente:
 - Realize sempre um teste de coloração para verificar se foi criada alguma fístula nova durante a operação.
 - Verifique sempre o volume residual da bexiga da paciente, uma vez que algumas pacientes irão desenvolver retenção urinária após um procedimento de stress.⁸¹
- Formação de estenose uretral: embora seja muito raro acontecer com as técnicas descritas acima.
- Se forem utilizados rebordos e enxertos para reconstruir a vagina, é possível que ocorra uma necrose do rebordo ou a rutura do local doador do rebordo num número muito reduzido de pacientes. Existe um risco acrescido de estas complicações ocorrerem se o aporte vascular realizado através do pedículo e do túnel for comprometido.

Para obter mais informações, consulte 4. Complicações da cirurgia de fístula; página 238

Cuidados pós-operatórios

Cateterismo: No pós-operatório, o cateter de Foley deve permanecer colocado em drenagem livre durante 3-7 dias.

Dieta: A paciente pode fazer uma dieta normal e deve ser incentivada a ingerir líquidos suficientes para garantir que a urina apresenta uma tonalidade clara.

Avaliação de resultados cirúrgicos: Se uma fístula for reparada: Consulte 5.2. Avaliação de resultados cirúrgicos; página 246 e consulte 5.3. Fisioterapia para incontinência persistente; página 250.

Para obter mais informações, consulte 5. Cuidados Pós-Operatórios; página 244

Conselhos específicos de alta

Os seguintes conselhos específicos devem ser comunicados à paciente (bem como ao(s) respetivo(s) acompanhante(s), se for o caso) antes da alta:

- A importância de comparecer nas consultas de acompanhamento pós-operatório.

Se o procedimento de incontinência persistente estiver associado a uma lesão isquémica como resultado de uma fístula obstétrica, os seguintes pontos devem ser incluídos nos conselhos de alta:

- Continuar o treino da bexiga e os exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico, conforme as instruções, bem como os exercícios de reabilitação motora se o pé caído continuar presente.
- Assegurar o parto por cesariana eletiva em todas as gravidezes subsequentes (se a paciente não tiver tido uma histerectomia ou não estiver na pós-menopausa).

Para obter mais informações, consulte 5.4. Conselhos antes da alta; página 252

⁸¹ Browning. A New Technique for the Surgical Management of Urinary Incontinence after Obstetric Fistula Repair.

Avaliação de Desempenho – Incontinência persistente

A Avaliação de Desempenho é utilizada em todos os módulos para avaliar as competências e o progresso dos formandos. Tem de ser **preenchida, assinada e datada pelo formador**.

	Insatisfatória	Satisfatória	Boa
Geral			
1. Planeamento e preparação	Diagnóstico incorreto com investigações e preparação pré-operatória inadequadas	Diagnóstico correto com investigações e preparação pré-operatória adequadas, mas com alguns erros	Diagnóstico correto com investigações e preparação pré-operatória adequadas
2. Aconselhamento e consentimento	Aconselhamento insuficiente e obtenção de consentimento após solicitação	Aconselhamento adequado e obtenção de consentimento	Aconselhamento correto da paciente e obtenção de consentimento
3. Passos cirúrgicos padrão	Necessitou de uma orientação considerável para seguir os passos cirúrgicos padrão	Necessitou de alguma ajuda para seguir os passos cirúrgicos padrão	Seguiu os passos cirúrgicos padrão de forma independente e satisfatória
4. Fluxo da operação e planeamento antecipado	Paragens/hesitações regulares com planeamento antecipado insuficiente	Progressão adequada, mas com alguma hesitação no planeamento futuro	Boa progressão e bom planeamento antecipado
5. Conhecimento e manuseamento de instrumentos	Manuseou mal os instrumentos e necessitou de ajuda significativa na seleção dos mesmos	Necessitou de ajuda ocasional no manuseamento e seleção de instrumentos	Manuseou bem os instrumentos e selecionou os instrumentos apropriados

6. Respeito pelos tecidos	Pouco respeito pelos tecidos e/ou ajuda necessária para encontrar planos de tecidos adequados	Respeito adequado pelos tecidos, tendo encontrado planos de tecidos adequados	Respeito satisfatório pelos tecidos, tendo encontrado facilmente os planos de tecidos adequados
7. Suturas e nós	Suturas colocadas de forma imprecisa ou remoção e substituição repetida da agulha nos tecidos para uma colocação correta. Nós soltos e inseguros	Colocação adequada de suturas e nós	Suturas colocadas de forma precisa, com nós adequados
8. Utilização técnica de assistentes	Utilização incorreta dos assistentes	Utilização correta dos assistentes na maior parte do tempo	Utilização sempre correta dos assistentes
9. Relações com a paciente e a equipa cirúrgica	Comunicação e respeito pela paciente e pela equipa cirúrgica inadequados	Boa comunicação e respeito pela paciente e pela equipa cirúrgica na maior parte do tempo	Excelente comunicação e respeito pela paciente e pela equipa cirúrgica
10. Perspicácia e atitude	Compreensão limitada dos próprios pontos fortes e fracos	Compreensão intermédia dos próprios pontos fortes e fracos	Boa compreensão dos próprios pontos fortes e fracos
Especificidade do procedimento			
11. Compreensão da patologia	Compreensão inadequada da incontinência persistente	Compreensão adequada da incontinência persistente	Boa compreensão da incontinência persistente

12. Passos cirúrgicos específicos para o tratamento da incontinência persistente	Conhecimento limitado ou incorreto dos passos cirúrgicos específicos para o tratamento da incontinência persistente	Conhecimento correto, mas incompleto dos passos cirúrgicos específicos para o tratamento da incontinência persistente	Bom conhecimento dos passos cirúrgicos específicos para o tratamento da incontinência persistente
13. Planeamento de um procedimento adequado	Planeamento insuficiente do procedimento	Planeamento apropriado do procedimento adequado	Planeamento bastante correto do procedimento adequado
14. Execução de procedimentos e aplicação de mecanismos anti-incontinência, incluindo slings	Ajuda necessária para executar o procedimento adequado e aplicar mecanismos anti-incontinência	Execução do procedimento adequado, mas necessitou de ajuda para aplicar mecanismos anti-incontinência adequados	Execução do procedimento adequado e aplicação correta dos mecanismos anti-incontinência
15. Ponderação da possível utilização de rebordos vaginais, se aplicável	Necessitou de indicações para ponderar a possível utilização de rebordos vaginais	Ponderou a possível utilização de rebordos vaginais, mas necessitou de ajuda	Ponderou de forma independente a possível utilização de rebordos vaginais
16. Documentação do procedimento	Documentação escrita insuficiente	Documentação suficiente, mas com algumas omissões	Documentação clara e abrangente, com todas as informações necessárias

Complicações									
17. Compreensão de eventuais complicações, incluindo a forma de identificar e gerir as mesmas	Compreensão limitada das complicações e/ou falta de clareza dos respetivos cuidados			Compreensão adequada das complicações e planos para os respetivos cuidados			Boa compreensão das complicações, com planos de cuidados claros		
Cuidados pós-operatórios									
18. Planeamento dos cuidados pós-operatórios, incluindo o cateterismo e a dieta	Planeamento inadequado dos cuidados pós-operatórios			Planeamento adequado dos cuidados pós-operatórios			Bom planeamento dos cuidados pós-operatórios		
19. Conhecimento dos testes de continência e avaliação dos resultados	Conhecimento limitado dos testes de continência e da avaliação dos resultados			Conhecimento adequado dos testes de continência e da avaliação dos resultados			Bom conhecimento dos testes de continência e da avaliação dos resultados		
Comentários de acordo com a avaliação de desempenho						Aprovação (S/N)	Assinatura do formador e data		
1.									
2.									
3.									
4.									

3. Aquisição de competências em cirurgia de fístula
Nível 2 Módulo 13 Incontinência persistente

5.		
6.		

Livro de Registro do Módulo – Incontinência persistente
Este é um registro de cirurgias observadas e realizadas pelo formando, devendo ser compilado pelo formando **com um formador presente**.

Data	Descrição do caso	Tipo – Observação ou assistência – Supervisão direta – Prática clínica independente	Se aplicável, aprovação na avaliação de desempenho (S/N)	Comentários	Assinatura do formador

Nível 3

Índice

Módulo 14 Derivação urinária	189
Avaliação de Desempenho – Derivação urinária.....	197
Livro de Registro do Módulo – Derivação urinária	202
Módulo 15 Neovagina do cólon	203
Avaliação de Desempenho – Neovagina do cólon.....	209
Livro de Registro do Módulo – Neovagina do cólon	214
Módulo 16 Fístula retovaginal circunferencial/estenosada	215
Avaliação de Desempenho – Fístula retovaginal circunferencial/estenosada	222
Livro de Registro do Módulo – Fístula retovaginal circunferencial/estenosada.....	228
Módulo 17 Gestão de uma instalação de tratamento de fístulas	229

Módulo 14 Derivação urinária

Objetivos de aprendizagem

No final deste módulo, os formandos devem ser capazes de:

1. Descrever os motivos para considerar uma derivação urinária.
2. Explicar as preocupações éticas associadas às derivações urinárias em pacientes com fístula, incluindo indicações, implicações para a paciente e viabilidade dos cuidados a longo prazo.
3. Descrever a avaliação pré-operatória, os passos cirúrgicos e os cuidados pós-operatórios da cirurgia Mainz pouch II.
4. Realizar a cirurgia Mainz pouch II.
5. Descrever as principais complicações da cirurgia Mainz pouch II e os respetivos cuidados.

Infelizmente, algumas mulheres têm lesões tão graves associadas à fístula obstétrica que se torna impossível restaurar a sua continência através das abordagens cirúrgicas referidas nos Níveis 1 e 2. Mais comumente, esta situação aplica-se a pacientes com a uretra completamente destruída, perda grave ao nível da capacidade da bexiga e danos irreparáveis no mecanismo de continência.⁸²

Outras causas que tornam a reparação da lesão virtualmente impossível incluem:

- Falha de reparação(ões) prévia(s), em conjunto com uma uretra danificada, uma bexiga pequena e fibrose grave.
- Incontinência total após procedimento(s) falhado(s) para incontinência de esforço.⁸³

É importante responder a todas as perguntas seguintes antes de realizar uma derivação:⁸⁴

As lesões são realmente inoperáveis?

Apenas um cirurgião de fístulas altamente qualificado e experiente pode avaliar de forma informada se as lesões são verdadeiramente inoperáveis ou se será necessário proceder a uma derivação urinária. Infelizmente, são muito poucos os cirurgiões que se enquadram nesta categoria, pelo que muitas pacientes não são avaliadas adequadamente e são sujeitas a derivações urinárias desnecessárias quando a respetiva fístula obstétrica poderia ter sido curada e a continência reposta por um cirurgião mais experiente.

A paciente e a família compreendem na íntegra as implicações de uma derivação urinária, incluindo os possíveis riscos e benefícios?

É importante lembrar que a paciente e a família podem não ter conhecimento prévio dos procedimentos, o que poderá dificultar a compreensão de todas as implicações. Os fatores

⁸² Arrowsmith. Urinary Diversion in the Vesico-Vaginal Fistula Patient: General Considerations Regarding Feasibility, Safety, and Follow-Up.

⁸³ Hancock and Browning. *Practical Obstetric Fistula Surgery*.

⁸⁴ J. Wilkinson, R. Pope, T.J. Kammann, *et al.* The Ethical and Technical Aspects of Urinary Diversions in Low-Resource Settings: A Commentary. *BJOG* (2016); L.L. Wall, S.D. Arrowsmith, B.D. Hancock. Ethical Aspects of Urinary Diversion for Women with Irreparable Obstetric Fistulas in Developing Countries. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* (2008); L.L. Wall. Ethical Issues in Vesico-Vaginal Fistula Care and Research. *Int J Gynecol Obstet* (2007).

adicionais a considerar são as origens culturais e o sistema de crenças da paciente, que podem divergir das origens culturais e do sistema de crenças do cirurgião. Nesse sentido, é crucial que a paciente receba aconselhamento especializado, idealmente no seu próprio dialeto, o qual deve incluir sempre uma conversa com outra mulher que também tenha uma derivação urinária. É imperativo ter bastante cuidado ao aconselhar a paciente e garantir que compreende a anatomia e o funcionamento do corpo humano, as implicações da operação e as alterações que a derivação irá provocar ao nível das funções corporais, principalmente tendo em conta a irreversibilidade de uma derivação urinária. Ao considerar as opções, as pacientes devem ser sempre tranquilizadas quanto ao facto de também poderem optar pelo tratamento não cirúrgico dos seus problemas de continência, o que poderá ser mais apropriado para os seus casos específicos.

Apenas se entender minuciosamente os benefícios e riscos é que a paciente poderá dar um consentimento informado, que, tal como acontece em todos os procedimentos, deverá ser obtido antes da cirurgia.

As condições pós-tratamento são suficientes para justificar esta cirurgia importante e garantir a segurança e o bem-estar da paciente a longo prazo?

Para ajudar a tomar a decisão, é necessário que as seguintes considerações apresentem soluções satisfatórias:

- Quem será responsável pelo acompanhamento pós-operatório de longo prazo da paciente?
- A adequação do ambiente da paciente foi tida em consideração? As pacientes com conduto ilíaco requerem acesso regular a estabelecimentos de saúde e serviços farmacêuticos. Se as necessidades da paciente não forem sido devidamente atendidas, a paciente pode acabar numa situação muito pior. Por exemplo, em caso de escassez ou mesmo falta de bolsas de estoma disponíveis (caso se opte pelo conduto ilíaco).
- No caso das pacientes que desenvolvem complicações potencialmente fatais, como podem elas receber cuidados se não houver nenhum cirurgião disponível com bastante experiência ao nível do tratamento de derivações urinárias?

Existem vários tipos de derivação urinária, cada um com riscos e benefícios próprios. As circunstâncias pessoais da paciente e o contexto local devem desempenhar um papel importante na apresentação da operação mais adequada. Embora dependa do contexto, a cirurgia Mainz pouch II costuma ser a operação de derivação mais utilizada em pacientes com fístula. As opções cirúrgicas alternativas à cirurgia Mainz pouch II são o conduto ilíaco e o procedimento de Mitrofanoff.⁸⁵

A operação Mainz pouch II desvia a urina para o intestino grosso. O procedimento implica a anastomose dos ureteres para uma bolsa do cólon sigmoide, com uma alça única ou dupla do cólon sigmoide usada para formar a bolsa. Desta forma, é criado um reservatório de baixa pressão, diminuindo assim a frequência da passagem de urina pelo reto e reduzindo provavelmente a quantidade de refluxo nos ureteres, o que, conseqüentemente, diminui as hipóteses de infeção ascendente. É importante ter em conta que as ureterosigmoidostomias, em que os ureteres são diretamente implantados no cólon sigmoide, foram canceladas devido ao elevado número de

⁸⁵ Hancock and Browning. *Practical Obstetric Fistula Surgery*.

complicações associadas ao procedimento (infecções, insuficiência renal e cancro). Embora o acompanhamento a longo prazo em pacientes com fístula submetidas a cirurgias Mainz pouch II seja insuficiente, acredita-se que estas complicações sejam menos comuns.

Avaliação pré-operatória

Historial: Por norma, a paciente apresenta um historial de fístula obstétrica e muitas tentativas de reparação, mas permanece completamente incontinente de urina.

Diagnóstico: Para o procedimento Mainz pouch II, a paciente:

- Deve ter um esfíncter anal intacto. Para testar o esfíncter anal, coloque 200–300 mL de coloração azul diluída no reto da paciente através de um cateter de Foley e peça-lhe para caminhar durante 2–3 horas sem esvaziar o intestino, enquanto usa um penso. Em caso de perda, significa que não é adequado proceder a uma derivação do tipo Mainz II, uma vez que a paciente acabará possivelmente por ficar incontinente de urina e fezes.
- Deve ter rins em boas condições. Verifique a existência de insuficiência renal pré-existente resultante de uma obstrução ureteral crónica. Por causa do risco de distúrbios ácido-base, o aumento de creatinina ou uma hidronefrose bilateral seriam contra-indicações para uma derivação do tipo Mainz II. Verifique a função renal, incluindo os rins e ureteres, com um pielograma intravenoso ou um pielograma TC, se disponível.
- Deve ser sujeita a testes para confirmar o estado de VIH, uma vez que o procedimento deve ser evitado se a paciente for seropositiva e tiver uma contagem de CD4 baixa ou uma contagem viral alta.
- Não deve ter uma fístula retovaginal. Repita o teste de coloração retal no bloco operatório imediatamente antes da cirurgia.

Planeamento e cuidados: É essencial ter a certeza de que a paciente e o(s) respetivo(s) acompanhante(s) compreendem na íntegra todas as implicações envolvidas: que o procedimento é irreversível, que uma mistura de urina e fezes acabará por passar pelo ânus depois da operação e que poderá haver incontinência noturna, a qual poderá agravar-se com o avanço da idade, com um risco agravado de diminuição da expectativa de vida na sequência de complicações a longo prazo. No pré-operatório, todas as pacientes devem ser submetidas a testes de função renal e verificar o grupo sanguíneo, sendo idealmente disponibilizadas uma ou duas unidades, se necessário. Prepare todo o intestino ou, em alternativa, irrigue o intestino inferior com um enema de água e sabão. É possível introduzir uma sonda retal para ajudar à drenagem (por exemplo, uma sonda endotraqueal de tamanho 7 ou 8) para permitir a irrigação através da sonda, em caso de permanência de fezes.

Para obter mais informações, consulte 2. Cuidados clínicos pré-operatórios; página 13

Cirurgia

A operação Mainz pouch II⁸⁶ pode tornar a paciente continente de dia e de noite, embora algumas pacientes tenham incontinência noturna quando o esfíncter relaxa. A aplicação rigorosa do teste do esfíncter anal no pré-operatório, conforme descrito acima, ajudará a minimizar este risco.

Os princípios cirúrgicos da operação Mainz pouch II são os seguintes:

1. Administre uma anestesia geral.
2. Administre antibióticos adequados, de acordo com a disponibilidade e a preferência do cirurgião, que devem incluir 500 mg de metronidazol por via intravenosa. Por norma, estes são administrados imediatamente antes da operação, ao mesmo tempo que a anestesia.
3. Após a preparação e a colocação dos campos cirúrgicos, insira uma sonda retal através do ânus, ou insira um cateter de Foley de diâmetro grande no caso de não haver nenhuma sonda retal disponível.
4. Entre no abdómen e mobilize o cólon sigmoide para que este possa ser levantado do abdómen.
5. Exponha e identifique os ureteres.
6. Crie uma bolsa através de uma alça única ou dupla do cólon sigmoide, suturando primeiro a parede posterior da bolsa e deixando a parede anterior aberta para permitir a implantação dos ureteres.
7. Mobilize os ureteres e introduza ambos na bolsa. O uréter esquerdo terá de ser mobilizado e passado medialmente através de uma janela no mesocólon do sigmoide para chegar à nova bolsa. O uréter direito só precisa de ser separado e mobilizado desde a drenagem até à bexiga através da técnica de alça única. Na técnica de alça dupla, também tem de ser passado através de uma janela mesocólica entre as alças da direita e do meio da bolsa.
8. Proceda ao cateterismo dos ureteres após a implantação e enfie os cateteres pela sonda retal abaixo (ou pelo cateter de Foley de diâmetro grande) com a respetiva saída através do ânus. É útil fixar os cateteres ureterais à mucosa da bolsa com uma sutura de ácido poliglicólico ou catgut cromado 3-0. Não faça uma sutura profunda na mucosa, uma vez que o cateter será removido passados cerca de 7-10 dias. Certifique-se de que a sonda retal é suficientemente alta para drenar a bolsa.
9. Encerre a bolsa com uma sutura contínua reforçada por uma segunda camada de suturas interrompidas.
10. Lave e encerre o abdómen, colocando um dreno abdominal em caso de necessidade.
11. Fixe a sonda retal à pele à volta do ânus.

⁸⁶ M. Fisch, R. Hohenfellner. Sigma-Rectum Pouch (Mainz Pouch II). *BJU Int* (2007).

Passos Cirúrgicos Críticos

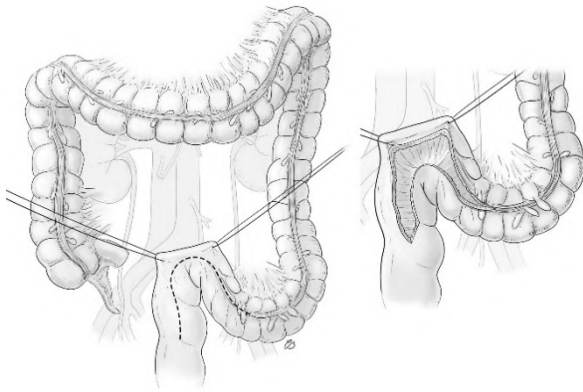


Figura 65. A técnica Mainz pouch II de alça única. O sigmoide é incisado ao longo da taenia coli.

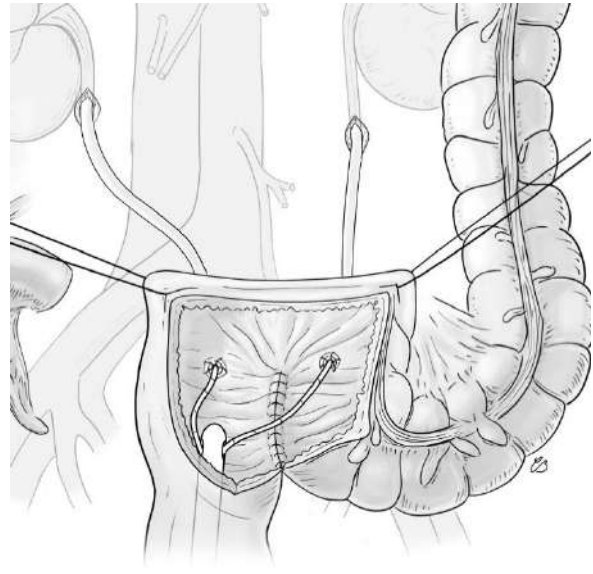


Figura 66. A parede posterior da bolsa é suturada em duas camadas e os ureteres são implantados diretamente à esquerda e à direita e são sujeitos a cateterismo. Em seguida, os cateteres ureterais são retirados através da sonda retal.

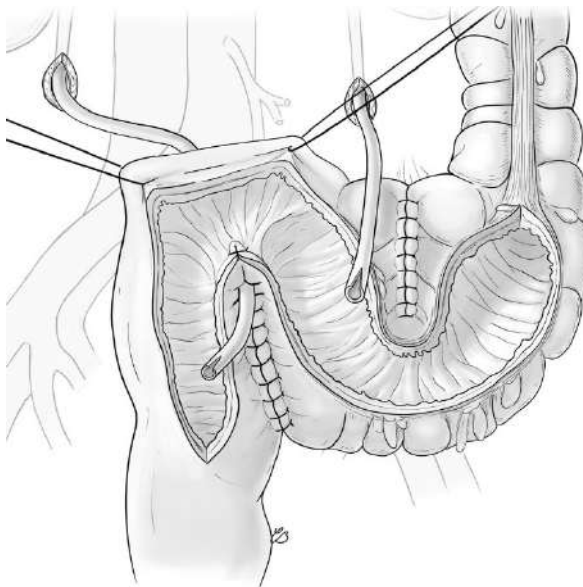


Figura 67. A técnica Mainz pouch II de alça dupla. É feita uma incisão maior na taenia coli, com sutura em dois locais distintos. Os ureteres são envolvidos num túnel formado ao longo da linha de sutura na parte posterior da bolsa.

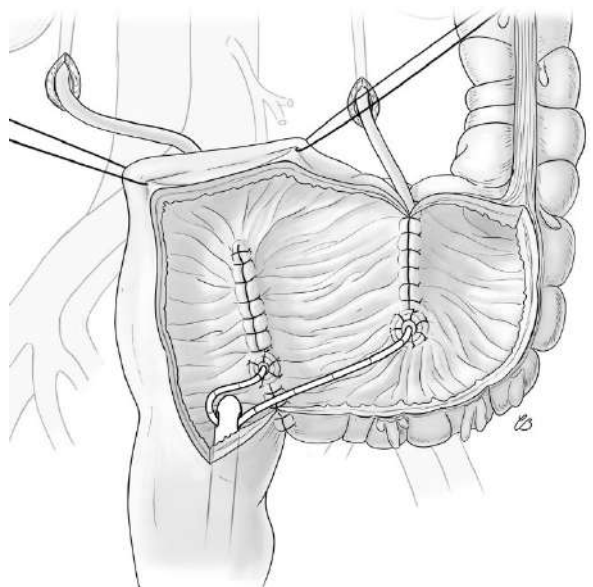


Figura 68. Os ureteres estão agora no devido lugar, envolvidos num túnel formado na linha de sutura. Os cateteres ureterais são retirados do ânus através da sonda retal. A bolsa anterior é suturada em duas camadas.

Complicações

- Como se trata de uma cirurgia importante, existe um risco pequeno, mas significativo de morbidade ou mortalidade imediata.
- O risco de hemorragia intraoperatória existe, pelo que é bom ter sangue preparado em standby.
- Uma perda intra-abdominal de urina no local de implantação ureteral ou na própria bolsa é uma das complicações precoces mais graves que exigirá uma nova operação imediata.
- No pós-operatório, a paciente pode perder urina pelo ânus enquanto dorme à noite.⁸⁷ A perda é menor se tiver sido avaliada adequadamente antes da operação, mas pode agravar-se com o passar da idade. Para reduzir o risco de incontinência noturna, as pacientes podem:
 - Reduzir a ingestão de líquidos ao serão e/ou urinar durante a noite.
 - Apertar o esfíncter anal com uma simples operação para plicar o esfíncter, o que pode ajudar durante alguns anos.
 - Criar uma bolsa de alça dupla.
- Podem ocorrer distúrbios ácido-base, porque os iões de cloreto e hidrogénio que, por norma, são excretados através da urina são agora parcialmente reabsorvidos pela mucosa do cólon. Se a função renal for normal, as pacientes podem não desenvolver quaisquer problemas. No entanto, algumas acabarão por desenvolver acidose hiperclorémica, que pode começar por ser assintomática, mas acabará por levar à osteopenia e insuficiência renal. A insuficiência renal pré-existente ou infeção renal repetida irá acelerar a deterioração, que pode ser mitigada pela toma regular de bicarbonato de sódio. Desta forma, é importante detetar precocemente o distúrbio eletrolítico através da medição do equilíbrio ácido-base. As alterações no sódio e no potássio são indicadores tardios do problema. As pacientes devem tomar 600 mg de bicarbonato de sódio duas vezes por dia ou 2,5 mL por dia dissolvido em água e são aconselhadas a urinar regularmente, mesmo durante a noite.⁸⁸
- É possível a existência de infeção renal causada por infeções urinárias recorrentes e urosepsis. Ao criar uma bolsa de baixa pressão, é essencial aplicar uma boa técnica cirúrgica, uma vez que esta minimiza o risco de infeção. Se não se sentirem bem, as pacientes devem ser aconselhadas a ir sempre ao hospital.
- Em caso de estenose no local de implantação, é possível que se desenvolva uma nefropatia obstrutiva.
- O impacto psicológico profundamente negativo para as pacientes, especialmente se o procedimento e as suas consequências não tinham sido totalmente esclarecidos antes da operação, pode requerer aconselhamento.

Para obter mais informações, consulte 4. Complicações da cirurgia de fístula; página 238

⁸⁷ M.A. Morgan, M.L. Polan, H.H. Melecot, B. Debru, A. Sleemi, A. Husain. Experience with a Low-Pressure Colonic Pouch (Mainz II) Urinary Diversion for Irreparable Vesicovaginal Fistula and Bladder Extrophy in East Africa. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* (2009).

⁸⁸ Hancock and Browning. *Practical Obstetric Fistula Surgery*; Morgan, *et al.* Experience with a Low-Pressure Colonic Pouch (Mainz II) Urinary Diversion for Irreparable Vesicovaginal Fistula and Bladder Extrophy in East Africa.

Cuidados pós-operatórios

Cateterismo: Os cateteres ureterais devem permanecer colocados durante 7–10 dias. A sonda retal é removida quando o intestino estiver a funcionar.

Dieta: A paciente pode ingerir um volume de líquidos muito pequeno no primeiro dia, seguido de uma dieta líquida ou dieta leve/mole durante 4 dias, conforme indicado clinicamente. Para prevenir a hipocaliemia, aconselhe a paciente a comer tomates e bananas regularmente, uma vez que estes contêm potássio.

Aconselhamento: O aconselhamento já teve início no pré-operatório, mas deve continuar regularmente no pós-operatório para que a paciente, bem como a família e os amigos, tenha o apoio adequado para se habituar a viver com a derivação. A configuração ideal passa pelo estabelecimento de uma unidade de cuidados dedicados para todo o tipo de derivações. Idealmente, o aconselhamento deve ter lugar na presença de um profissional devidamente formado, como um enfermeiro, num espaço privado separado, para que a paciente se sinta segura e confortável para colocar perguntas.

Avaliação de resultados cirúrgicos: No caso de uma derivação urinária, é importante verificar:

- A frequência com que a paciente obra/urina durante 24 horas.
- Se obra/urina durante a noite.
- Se suja a cama durante a noite e, em caso afirmativo, aconselhar se for o caso.
- Se toma diariamente citrato de sódio/potássio ou bicarbonato de sódio.

Para obter mais informações, consulte 5. Cuidados Pós-Operatórios; página 244

Conselhos específicos de alta

Tendo em conta os riscos e as complicações de longo prazo associados à operação Mainz pouch II, as pacientes devem ser acompanhadas de perto, com intervalos regulares e a longo prazo, verificando sempre se existem eventuais complicações, incluindo distúrbios renais e eletrolíticos.

Os seguintes conselhos específicos devem ser comunicados à paciente (bem como ao(s) respetivo(s) acompanhante(s), se for o caso) antes da alta:

- Após uma derivação urinária, é extremamente importante que a paciente compareça às consultas pós-operatórias, voltando, pelo menos, uma vez por ano para realizar testes de função renal e uma ecografia ao trato renal.
- A paciente deve ser instruída para regressar a qualquer momento se tiver algum problema ou preocupação.
- No caso de existirem sinais de acidose, a paciente deve tomar 600 mg de bicarbonato de sódio duas vezes por dia ou 2,5 mL por dia dissolvido em água. A paciente deve igualmente ser aconselhada a comer tomates e bananas com regularidade.

- A paciente deve ser bem informada quanto ao risco de incontinência anal noturna à medida que envelhece e instruída para lidar com a situação, bem como incentivada a regressar para obter ajuda adicional, conforme necessário.

É quase inevitável que uma derivação urinária se tenha devido a uma lesão necrótica extensa, como resultado de uma fístula obstétrica. Assim sendo, será necessário incluir os seguintes pontos críticos nos conselhos de alta:

- Continuar os exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico, conforme as instruções, bem como os exercícios de reabilitação motora se o pé caído continuar presente.
- Assegurar o parto por cesariana eletiva em todas as gravidezes subsequentes (se a paciente não tiver tido uma histerectomia ou não estiver na pós-menopausa).

Para obter mais informações, consulte 5.4. Conselhos antes da alta; página 252

Avaliação de Desempenho – Derivação urinária

A Avaliação de Desempenho é utilizada em todos os módulos para avaliar as competências e o progresso dos formandos. Tem de ser **preenchida, assinada e datada pelo formador**.

	Insatisfatória	Satisfatória	Boa
Geral			
1. Planeamento e preparação	Diagnóstico incorreto com preparação pré-operatória inadequada	Diagnóstico correto com preparação pré-operatória adequada, mas com alguns erros	Diagnóstico correto com preparação pré-operatória adequada
2. Consentimento	Consentimento obtido após indicações	Consentimento obtido de forma adequada	Consentimento obtido de forma apropriada
3. Passos cirúrgicos padrão	Necessitou de uma orientação considerável para seguir os passos cirúrgicos padrão	Necessitou de alguma ajuda para seguir os passos cirúrgicos padrão	Seguiu os passos cirúrgicos padrão de forma independente e satisfatória
4. Fluxo da operação e planeamento antecipado	Paragens/hesitações regulares com planeamento antecipado insuficiente	Progressão adequada, mas com alguma hesitação no planeamento futuro	Boa progressão e bom planeamento antecipado
5. Conhecimento e manuseamento de instrumentos	Manuseou mal os instrumentos e necessitou de ajuda significativa na seleção dos mesmos	Necessitou de ajuda ocasional no manuseamento e seleção de instrumentos	Manuseou bem os instrumentos e selecionou os instrumentos apropriados
6. Respeito pelos tecidos	Pouco respeito pelos tecidos e/ou ajuda necessária para encontrar planos de tecidos adequados	Respeito adequado pelos tecidos, tendo encontrado planos de tecidos adequados	Respeito satisfatório pelos tecidos, tendo encontrado facilmente os planos de tecidos adequados

7. Suturas e nós	Suturas colocadas de forma imprecisa ou remoção e substituição repetida da agulha nos tecidos para uma colocação correta. Nós soltos e inseguros	Colocação adequada de suturas e nós	Suturas colocadas de forma precisa, com nós adequados
8. Utilização técnica de assistentes	Utilização incorreta dos assistentes	Utilização correta dos assistentes na maior parte do tempo	Utilização sempre correta dos assistentes
9. Relações com a paciente e a equipa cirúrgica	Comunicação e respeito pela paciente e pela equipa cirúrgica inadequados	Boa comunicação e respeito pela paciente e pela equipa cirúrgica na maior parte do tempo	Excelente comunicação e respeito pela paciente e pela equipa cirúrgica
10. Perspicácia e atitude	Compreensão limitada dos próprios pontos fortes e fracos	Compreensão intermédia dos próprios pontos fortes e fracos	Boa compreensão dos próprios pontos fortes e fracos
Especificidade do procedimento			
11. Consideração da idoneidade da paciente para derivação urinária	Ajuda necessária para considerar adequadamente a idoneidade da paciente	Ponderou a idoneidade da paciente, mas necessitou de indicações para tomar a decisão correta	Ponderou minuciosamente a idoneidade da paciente e chegou a uma decisão apropriada
12. Investigações e exames clínicos	Orientação considerável necessária para realizar investigações e exames clínicos, bem como interpretar os resultados obtidos	Investigações e exames clínicos suficientes, mas foi necessária ajuda para interpretar os resultados obtidos	Boas investigações e bons exames clínicos, com interpretação precisa dos resultados obtidos

13. Aconselhamento da paciente, e do(s) acompanhante(s) se aplicável, quanto ao procedimento específico e às respetivas consequências	Ajuda necessária para aconselhar adequadamente a paciente e o(s) acompanhante(s) quanto ao procedimento específico e às respetivas consequências	Aconselhou de forma satisfatória a paciente e o(s) acompanhante(s) quanto ao procedimento específico e às respetivas consequências	Aconselhou de forma exaustiva a paciente e o(s) acompanhante(s) quanto ao procedimento específico e às respetivas consequências
14. Consideração das opções de derivação	Ajuda necessária para considerar plenamente todas as opções e tomar uma decisão adequada	Opções consideradas, mas necessitou de alguma orientação para tomar uma decisão	Opções consideradas de forma correta e decisão adequada e independente
15. Passos cirúrgicos específicos para a operação Mainz pouch II	Conhecimento limitado ou incorreto dos passos cirúrgicos específicos para a operação Mainz pouch II	Conhecimento correto, mas incompleto dos passos cirúrgicos específicos da operação Mainz pouch II	Bom conhecimento dos passos cirúrgicos específicos da operação Mainz pouch II
16. Exposição e identificação dos ureteres	Orientação necessária para expor e identificar os ureteres	Exposição e identificação adequadas dos ureteres	Exposição e identificação corretas dos ureteres
17. Mobilização do cólon sigmoide e construção de bolsa	Ajuda necessária para mobilizar o cólon sigmoide e construir a bolsa	Mobilização do cólon sigmoide e construção da bolsa, mas necessitou de indicações	Mobilização do cólon sigmoide e construção da bolsa, de forma independente e correta
18. Mobilização dos ureteres	Ajuda necessária para mobilizar os ureteres	Mobilização adequada dos ureteres	Mobilização correta dos ureteres

19. Implantação dos ureteres	Indicações e/ou ajuda consideráveis necessárias para implantar os ureteres	Implantação dos ureteres, com alguma ajuda necessária	Implantação independente e correta dos ureteres
20. Encerramento e drenagem da bolsa	Ajuda necessária para encerrar e drenar a bolsa	Bolsa encerrada e drenada de forma adequada	Bolsa encerrada e drenada de forma correta
21. Encerramento do abdómen	Ajuda necessária para encerrar o abdómen	Encerramento adequado do abdómen	Encerramento do abdómen bem realizado
22. Planeamento do acompanhamento clínico, dietético e psicológico pós-operatório em caso de derivação	Ajuda considerável necessária para planear o acompanhamento clínico, dietético e psicológico pós-operatório em caso de derivação	Planeamento adequado do acompanhamento clínico, dietético e psicológico em caso de derivação	Bom planeamento do acompanhamento clínico, dietético e psicológico em caso de derivação
23. Documentação do procedimento	Documentação escrita insuficiente	Documentação suficiente, mas com algumas omissões	Documentação clara e abrangente, com todas as informações necessárias
Complicações			
24. Compreensão de eventuais complicações a curto prazo, incluindo a forma de identificar e gerir as mesmas	Compreensão limitada das complicações a curto prazo e/ou falta de clareza dos respetivos cuidados	Compreensão adequada das complicações a curto prazo e planos para os respetivos cuidados	Boa compreensão das complicações a curto prazo, com planos de cuidados claros
25. Compreensão de potenciais complicações a longo prazo, incluindo incontinência anal e desequilíbrio ácido-base	Compreensão limitada das complicações a longo prazo e/ou falta de clareza dos respetivos cuidados	Compreensão adequada das complicações a longo prazo e planos para os respetivos cuidados	Boa compreensão das complicações a longo prazo, com planos de cuidados claros

Cuidados pós-operatórios										
26. Planeamento dos cuidados pós-operatórios, incluindo a dieta	Planeamento inadequado dos cuidados pós-operatórios	Planeamento adequado dos cuidados pós-operatórios			Bom planeamento dos cuidados pós-operatórios					
27. Conhecimento dos testes de continência e avaliação dos resultados	Conhecimento limitado dos testes de continência e da avaliação dos resultados	Conhecimento adequado dos testes de continência e da avaliação dos resultados			Bom conhecimento dos testes de continência e da avaliação dos resultados					
Comentários de acordo com a avaliação de desempenho						Aprovação (S/N)	Assinatura do formador e data			
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										

Livro de Registro do Módulo - Derivação urinária

Este é um registro de cirurgias observadas e realizadas pelo formando, devendo ser compilado pelo formando **com um formador presente**.

Data	Descrição do caso	Tipo - Observação ou assistência - Supervisão direta - Prática clínica independente	Se aplicável, aprovação na avaliação de desempenho (S/N)	Comentários	Assinatura do formador

Módulo 15 Neovagina do cólon

Objetivos de aprendizagem

No final deste módulo, os formandos devem ser capazes de:

1. Explicar os sintomas da estenose vaginal severa.
2. Descrever a avaliação pré-operatória, os passos cirúrgicos e os cuidados pós-operatórios da cirurgia de neovagina do cólon.
3. Construir neovaginas do cólon.
4. Descrever as principais complicações da cirurgia de neovagina do cólon.

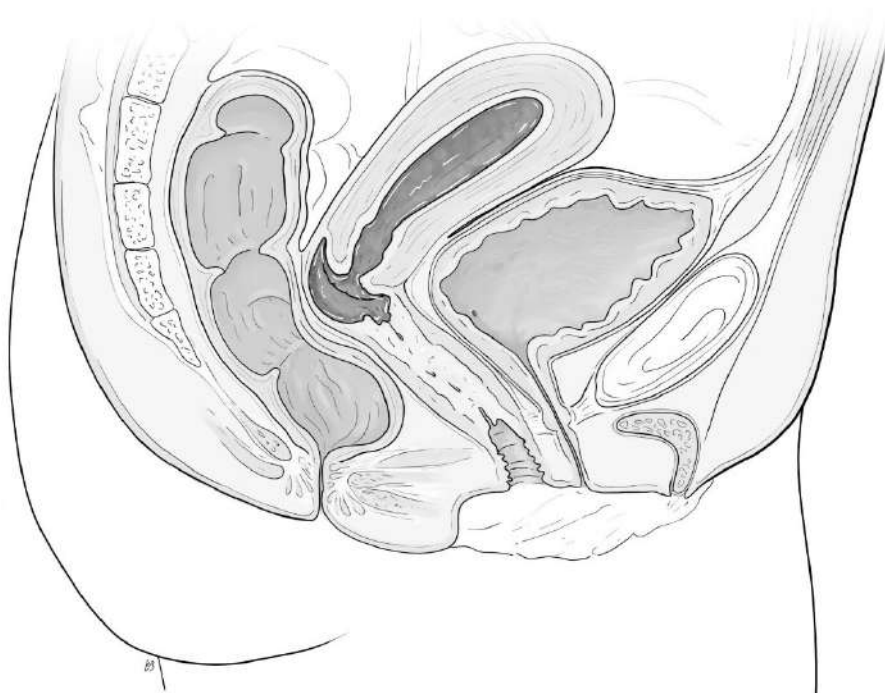


Figura 69. Corte transversal que mostra estenose vaginal severa, hematocolpos e hematometra. É possível que ocorra alguma perda de tecido cervical.

Este módulo é semelhante ao Nível 2 Módulo 11 Reconstrução Vaginal (consulte a página 149), uma vez que a apresentação e o historial são muito idênticos. No entanto, este módulo descreve um procedimento cirúrgico mais complexo, em que a neovagina é criada a partir do cólon sigmoide. Existem outras abordagens, por exemplo através do íleo, mas o sigmoide é mais acessível e o seu mesentério permite a sua fácil rotação no aporte de sangue.

Avaliação pré-operatória

Historial: Por norma, as pacientes reportarão apareunia ou dispareunia grave após serem submetidas a um tratamento cirúrgico para fístula obstétrica. A cicatrização vaginal pode ser uma causa de hematocolpos e hematometra, podendo as pacientes reportar dor cíclica e amenorreia, uma vez que não é possível drenar a menstruação. Além disso, a hipomenorreia e a dor pélvica também podem ser associadas à cicatrização vaginal (por exemplo, como parte da infeção pélvica

extensa, da subsequente cicatrização secundária após parto obstruído e do potencial desenvolvimento da síndrome de Asherman). A cicatrização vaginal também pode contribuir para a infertilidade secundária e a incontinência uretral observada em pacientes com fístula obstétrica. É importante ter em consideração que algumas pacientes estão mais preocupadas com a incapacidade de ter relações sexuais penetrativas do que com a incontinência grave, uma vez que esta pode representar um fator determinante socialmente significativo para a qualidade de vida da paciente. Para além de restaurar a continência de uma paciente, os cirurgiões devem, na medida do possível, respeitar os direitos sexuais e reprodutivos da paciente, procurando também restaurar a capacidade de ter relações sexuais penetrativas, o que, em muitos contextos, irá desempenhar um papel determinante na manutenção do casamento e na diminuição do risco de rejeição futura.

Diagnóstico: O diagnóstico pode ser facilmente efetuado com base num exame vaginal e num historial de apareunia ou dispareunia resultante de uma obstrução vaginal. Nesta fase, se possível, também é aconselhável verificar a presença do útero através de uma ecografia. Na maioria dos casos, parte ou a totalidade do colo uterino perde-se devido a lesão isquémica durante um parto difícil. A remoção de tecido cicatricial durante a reparação pode comprometer ainda mais o volume do tecido cervical restante. Por conseguinte, é particularmente importante que o cirurgião envide todos os esforços para preservar o tecido normal.

Planeamento e cuidados: É essencial que a paciente seja cuidadosamente aconselhada sobre a operação. As perspetivas de fertilidade também devem ser discutidas de forma honesta. Ter uma neovagina não é uma garantia de que a paciente possa engravidar no futuro e isto deve ser-lhe comunicado de forma muito clara. Como se trata de uma cirurgia importante, verifique a hemoglobina, o grupo sanguíneo e a prova cruzada de todas as pacientes antes da operação. É bom ser cauteloso e ter algum sangue compatível a postos. O intestino deve ser preparado adequadamente, de acordo com a preferência do cirurgião, para garantir que a paciente tem o intestino vazio antes da operação. Por norma, esta preparação inclui uma dieta líquida e enemas de manhã e à noite no dia anterior à cirurgia, seguido por jejum a partir da meia-noite na noite anterior à cirurgia.

Para obter mais informações, consulte 2. Cuidados clínicos pré-operatórios; página 13

Cirurgia

Para a cirurgia pediculada da neovagina intestinal (sigmoide), é necessário o acesso abdominal e vaginal durante a operação, sempre em simultâneo.

1. Administre uma anestesia geral.
2. Administre antibióticos adequados, de acordo com a disponibilidade e a preferência do cirurgião, que devem incluir um antibiótico de largo espetro e 500 mg de metronidazol por via intravenosa. Por norma, estes são administrados imediatamente antes da operação, ao mesmo tempo que a anestesia.
3. Posicione a paciente com as pernas em estribos para permitir o acesso à vagina e ao abdómen.
4. Prepare e coloque os campos cirúrgicos na paciente.

5. Insira um cateter de Foley e deixe-o em drenagem livre. Manter a bexiga urinária vazia confere ao cirurgião mais espaço para operar na pélvis e ajuda a reduzir o risco de ferimentos na bexiga.
6. Comece a desenvolver a área entre o reto e a bexiga (o "espaço retovesical") para criar um espaço apropriado para a neovagina. Este procedimento é feito por via vaginal.
7. Através da via abdominal, identifique, isole e mobilize o comprimento necessário de sigmoide no pedículo vascular, certificando-se de que identifica os principais vasos. Parte do cólon descendente poderá ter de ser mobilizado para obter o comprimento.
8. Após ressecção de uma parte do sigmoide (ainda ligada ao mesentério), realize a anastomose término-terminal da parte proximal e distal do sigmoide, certificando-se de que fica lateral ao segmento da neovagina mobilizada.
9. Rode a parte do sigmoide 180 graus para situar devidamente as partes do intestino neovaginal sigmoide, sem qualquer tensão que possa comprometer o aporte de sangue. A extremidade proximal da neovagina sigmoide é obnubilada na ausência de um útero e suspensa ao ligamento espinal longitudinal inferior ao nível do promontório sacral ou aos ligamentos uterossacrais bilateralmente se estes puderem ser identificados. Na presença do útero, é tecnicamente muito mais fácil fixar o colo uterino à extremidade distal do sigmoide (ao que era a extremidade distal do sigmoide), que foi agora rodada 180 graus, para se situar proximalmente.
10. Em seguida, passe a extremidade "distal" para o períneo. Mantenha sempre o lado mesentérico da parte do intestino sigmoide como a parede vaginal anterior e o lado antimesentérico da parte do intestino sigmoide como a parede posterior da neovagina.
11. A extremidade distal mobilizada da parte do sigmoide desce até ao períneo, sem tensão, para realizar uma aproximação coloperineal da pele.
12. Lave a cavidade peritoneal com uma solução salina morna e encerre o abdómen, colocando um dreno em caso de necessidade.

Passos Cirúrgicos Críticos

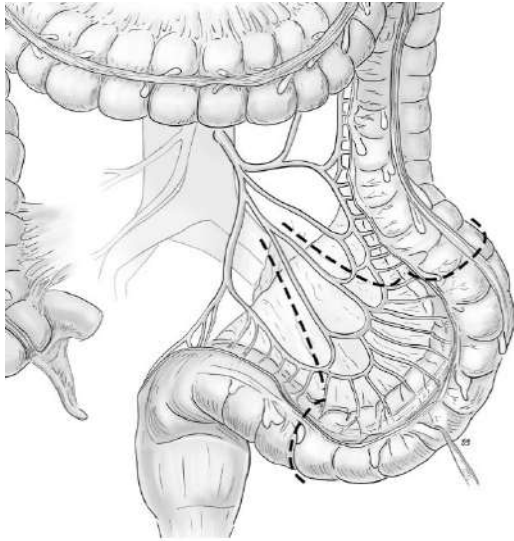


Figura 70. Um segmento do sigmoide é removido, continuando no aporte de sangue mesentérico.

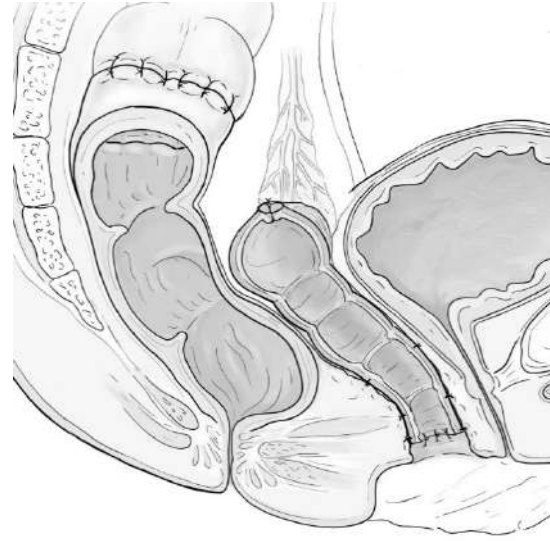


Figura 71. O pedículo neovaginal sigmoide é introduzido no espaço desenvolvido entre a bexiga e o reto, sendo o sigmoide encerrado através de uma anastomose término-terminal. Na ausência do útero e do colo uterino, o coto proximal é encerrado, e o outro lado fixado ao introito vaginal.

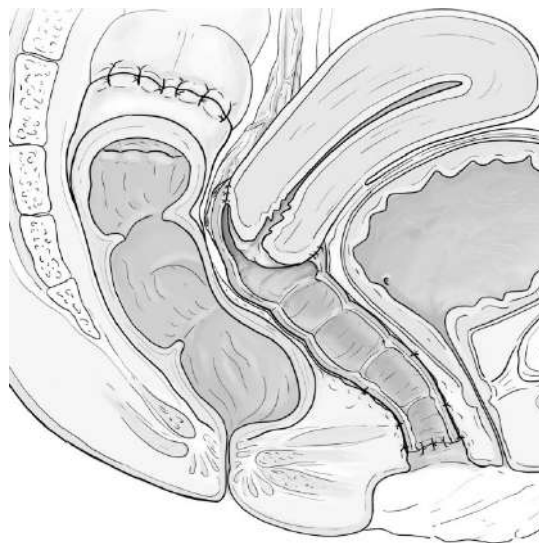


Figura 72. O pedículo neovaginal sigmoide é introduzido no espaço desenvolvido entre a bexiga e o reto, sendo o sigmoide encerrado através de uma anastomose término-terminal. Na presença do útero e do colo uterino, o pedículo sigmoide é fixado ao tecido cervical/uterino, sendo o outro lado fixado ao introito vaginal.

Complicações

- Como se trata de uma cirurgia importante, existe um risco pequeno, mas significativo de morbidade ou mortalidade imediata. A paciente deve ser cuidadosamente aconselhada sobre todos os riscos implicados.
- Existe um risco de hemorragia intraoperatória e pós-operatória imediata, pelo que é bom ter sangue preparado em standby.
- A curto prazo, existe o risco de fuga anastomótica do cólon sigmoide.
- Pode ocorrer a necrose da neovagina sigmoide.
- A longo prazo, a presença de secreção intestinal mucosa pode representar uma preocupação durante algumas semanas ou meses após o procedimento.
- Pode ocorrer uma estenose introital e o prolapso mucoso do cólon.

Para obter mais informações, consulte 4. Complicações da cirurgia de fístula; página 238

Cuidados pós-operatórios

Cateterismo: No pós-operatório, o cateter de Foley deve permanecer no lugar, em drenagem livre, podendo ser removido quando a paciente se movimentar, geralmente no dia seguinte.

Dieta: A paciente pode fazer uma dieta normal, conforme indicação clínica após cirurgia ao intestino, e deve ser incentivada a ingerir líquidos suficientes para garantir que a urina apresenta uma tonalidade clara. Avalie o movimento intestinal e eventuais sintomas ou sinais de íleo paralítico.

Avaliação de resultados cirúrgicos: Se uma fístula for reparada: Consulte 5.2. Avaliação de resultados cirúrgicos; página 246.

Para obter mais informações, consulte 5. Cuidados Pós-Operatórios; página 244

Conselhos específicos de alta

Os seguintes conselhos específicos devem ser comunicados à paciente (bem como ao(s) respetivo(s) acompanhante(s), se for o caso) antes da alta:

- A importância de comparecer nas consultas de acompanhamento pós-operatório.
- 3 a 4 meses após a cirurgia, é aconselhável avaliar a paciente antes de esta retomar a prática de relações sexuais. Em seguida, a prática ativa de relações sexuais é importante para manter a permeabilidade vaginal. Uma vez retomada a prática de relações sexuais, questione a saúde reprodutiva/sexual nas consultas de acompanhamento.

Se o procedimento de neovagina do cólon estiver associado (como é muito provável que esteja) a uma lesão isquémica como resultado de uma fístula obstétrica, os seguintes pontos devem ser incluídos nos conselhos de alta:

- Continue o treino da bexiga e os exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico, conforme as instruções, bem como os exercícios de reabilitação motora se o pé caído continuar presente.

- Assegurar o parto por cesariana eletiva em todas as gravidezes subsequentes (se a paciente não tiver tido uma histerectomia ou não estiver na pós-menopausa).

Para obter mais informações, consulte 5.4. Conselhos antes da alta; página 252

Avaliação de Desempenho – Neovagina do cólon

A Avaliação de Desempenho é utilizada em todos os módulos para avaliar as competências e o progresso dos formandos. Tem de ser **preenchida, assinada e datada pelo formador**.

	Insatisfatória	Satisfatória	Boa
Geral			
1. Planeamento e preparação	Diagnóstico incorreto com investigações e preparação pré-operatória inadequadas	Diagnóstico correto com investigações e preparação pré-operatória adequadas, mas com alguns erros	Diagnóstico correto com investigações e preparação pré-operatória adequadas
2. Aconselhamento e consentimento	Aconselhamento insuficiente e obtenção de consentimento após solicitação	Aconselhamento adequado e obtenção de consentimento	Aconselhamento correto da paciente e obtenção de consentimento
3. Passos cirúrgicos padrão	Necessitou de uma orientação considerável para seguir os passos cirúrgicos padrão	Necessitou de alguma ajuda para seguir os passos cirúrgicos padrão	Seguiu os passos cirúrgicos padrão de forma independente e satisfatória
4. Fluxo da operação e planeamento antecipado	Paragens/hesitações regulares com planeamento antecipado insuficiente	Progressão adequada, mas com alguma hesitação no planeamento futuro	Boa progressão e bom planeamento antecipado
5. Conhecimento e manuseamento de instrumentos	Manuseou mal os instrumentos e necessitou de ajuda significativa na seleção dos mesmos	Necessitou de ajuda ocasional no manuseamento e seleção de instrumentos	Manuseou bem os instrumentos e selecionou os instrumentos apropriados

6. Respeito pelos tecidos	Pouco respeito pelos tecidos e/ou ajuda necessária para encontrar planos de tecidos adequados	Respeito adequado pelos tecidos, tendo encontrado planos de tecidos adequados	Respeito satisfatório pelos tecidos, tendo encontrado facilmente os planos de tecidos adequados
7. Suturas e nós	Suturas colocadas de forma imprecisa ou remoção e substituição repetida da agulha nos tecidos para uma colocação correta. Nós soltos e inseguros	Colocação adequada de suturas e nós	Suturas colocadas de forma precisa, com nós adequados
8. Utilização técnica de assistentes	Utilização incorreta dos assistentes	Utilização correta dos assistentes na maior parte do tempo	Utilização sempre correta dos assistentes
9. Relações com a paciente e a equipa cirúrgica	Comunicação e respeito pela paciente e pela equipa cirúrgica inadequados	Boa comunicação e respeito pela paciente e pela equipa cirúrgica na maior parte do tempo	Excelente comunicação e respeito pela paciente e pela equipa cirúrgica
10. Perspicácia e atitude	Compreensão limitada dos próprios pontos fortes e fracos	Compreensão intermédia dos próprios pontos fortes e fracos	Boa compreensão dos próprios pontos fortes e fracos
Especificidade do procedimento			
11. Compreensão das indicações recomendadas para a neovagina do cólon	Compreensão inadequada das indicações recomendadas para a neovagina do cólon	Compreensão adequada das indicações recomendadas para a neovagina do cólon	Boa compreensão das indicações recomendadas para a neovagina do cólon

12. Passos cirúrgicos específicos para a construção de uma neovagina do cólon	Conhecimento limitado ou incorreto dos passos cirúrgicos específicos para a construção de uma neovagina do cólon	Conhecimento correto, mas incompleto dos passos cirúrgicos específicos para a construção de uma neovagina do cólon	Bom conhecimento dos passos cirúrgicos específicos para a construção de uma neovagina do cólon
13. Capacidade de divisão da cicatriz vaginal para criar um espaço retovesical apropriado para a neovagina	Ajuda necessária para dividir a cicatriz vaginal e evitar possíveis lesões na bexiga ou no reto	Divisão satisfatória da cicatriz vaginal, mas assistência necessária para evitar lesões	Divisão bem-sucedida da cicatriz vaginal, sem lesões na bexiga ou no reto
14. Identificação e mobilização do cólon sigmoide e do cólon descendente	Ajuda necessária para identificar e mobilizar o cólon sigmoide e o cólon descendente	Identificação e mobilização satisfatórias do cólon sigmoide e do cólon descendente, mas necessitou de alguma ajuda	Identificação e mobilização corretas do cólon sigmoide e do cólon descendente
15. Identificação das artérias mesentérica inferior, cólica esquerda e hemorroidária superior que irrigam o cólon sigmoide	Orientação necessária para identificar as artérias mesentérica inferior, cólica esquerda e hemorroidária superior que irrigam o cólon sigmoide	Identificação adequada das artérias mesentérica inferior, cólica esquerda e hemorroidária superior que irrigam o cólon sigmoide	Identificação apropriada das artérias mesentérica inferior, cólica esquerda e hemorroidária superior que irrigam o cólon sigmoide
16. Isolamento da alça sigmoide para a neovagina e rotação para uma posição antiperistáltica	Ajuda necessária para isolar a alça sigmoide para a neovagina, com aporte de sangue, e rodar para uma posição antiperistáltica	Isolamento apropriado da alça sigmoide adequada para a neovagina, com bom aporte de sangue, e rotação para uma posição antiperistáltica	Isolamento da alça sigmoide adequada para a neovagina, com bom aporte de sangue, e rotação correta para uma posição antiperistáltica
17. Anastomose término-terminal do cólon, lateral ao segmento da neovagina	Ajuda necessária para realizar a anastomose do intestino	Anastomose adequada do intestino	Anastomose correta do intestino

18. Colocação proximal de suturas entre a parede do cólon e o colo uterino (ou, no caso de não ser identificado o útero, encerramento da extremidade e suspensão da mesma aos ligamentos uterossacrais) e sutura da extremidade distal da neovagina do cólon ao introito	Indicações necessárias para colocar suturas de forma adequada em ambas as extremidades da neovagina sigmoide e, se o colo uterino estiver presente, manter a drenagem do mesmo	Suturas colocadas de forma adequada em ambas as extremidades da neovagina e, se o colo uterino estiver presente, manutenção da drenagem do mesmo	Suturas colocadas de forma apropriada e correta em ambas as extremidades da neovagina do cólon e, se o colo uterino estiver presente, manutenção da drenagem do mesmo
19. Suspensão ao ligamento espinal longitudinal anterior ao nível do promontório	Ajuda necessária para suspender ao ligamento espinal longitudinal anterior ao nível do promontório	Suspensão adequada ao ligamento espinal longitudinal anterior ao nível do promontório	Suspensão correta ao ligamento espinal longitudinal anterior ao nível do promontório
20. Encerramento do abdómen	Ajuda necessária para encerrar o abdómen	Encerramento adequado do abdómen	Encerramento do abdómen bem realizado
21. Documentação do procedimento	Documentação escrita insuficiente	Documentação suficiente, mas com algumas omissões	Documentação clara e abrangente, com todas as informações necessárias
Complicações			
22. Compreensão de eventuais complicações, incluindo a forma de identificar e gerir as mesmas	Compreensão limitada das complicações e/ou falta de clareza dos respetivos cuidados	Compreensão adequada das complicações e planos para os respetivos cuidados	Boa compreensão das complicações, com planos de cuidados claros

Cuidados pós-operatórios									
23. Planeamento dos cuidados pós-operatórios, incluindo o cateterismo e a dieta	Planeamento inadequado dos cuidados pós-operatórios	Planeamento adequado dos cuidados pós-operatórios	Bom planeamento dos cuidados pós-operatórios						
24. Conhecimento da avaliação dos resultados	Conhecimento limitado da avaliação dos resultados	Conhecimento adequado da avaliação dos resultados	Bom conhecimento da avaliação dos resultados						
Comentários de acordo com a avaliação de desempenho						Aprovação (S/N)	Assinatura do formador e data		
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									

Livro de Registro do Módulo – Neovagina do cólon

Este é um registro de cirurgias observadas e realizadas pelo formando, devendo ser compilado pelo formando **com um formador presente**.

Data	Descrição do caso	Tipo – Observação ou assistência – Supervisão direta – Prática clínica independente	Se aplicável, aprovação na avaliação de desempenho (S/N)	Comentários	Assinatura do formador

Módulo 16 Fístula retovaginal circunferencial/estenosada

Objetivos de aprendizagem

No final deste módulo, os formandos devem ser capazes de:

1. Explicar as características das fístulas retovaginais circunferenciais/estenosadas.
2. Descrever a avaliação pré-operatória, os passos cirúrgicos e os cuidados pós-operatórios das fístulas retovaginais circunferenciais/estenosadas.
3. Reparar fístulas retovaginais circunferenciais/estenosadas.
4. Descrever as principais complicações da cirurgia de fístula retovaginal circunferencial/estenosada e os respetivos cuidados.

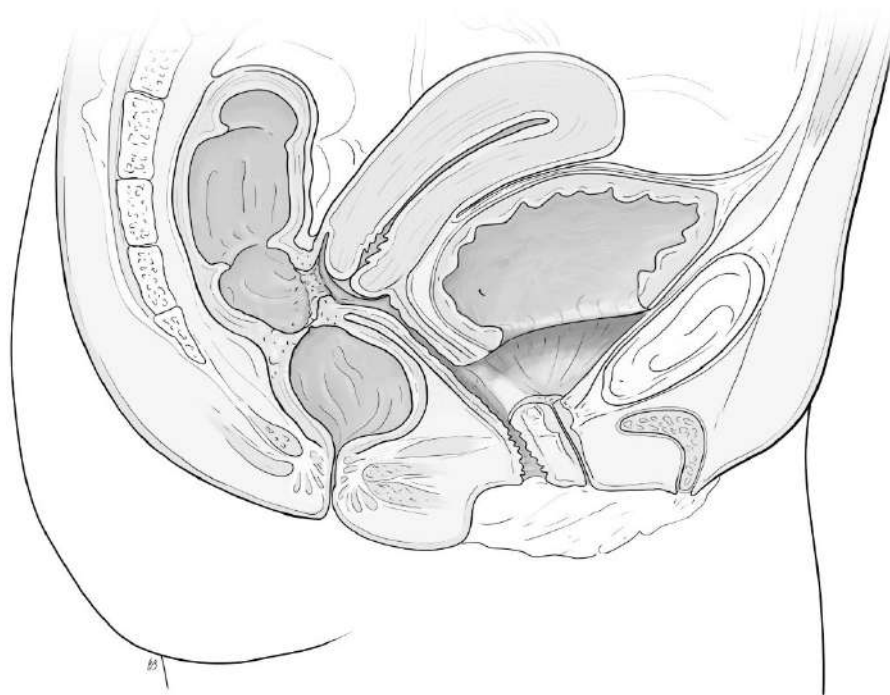


Figura 73. Corte transversal de uma fístula retovaginal circunferencial/estenosada. O reto distal e o ânus são separados do reto proximal e do sigmoide por tecido cicatricial. Também está presente uma fístula vesicovaginal circunferencial.

As fístulas retovaginais altas e cicatrizadas, bem como as fístulas retovaginais circunferenciais (que, por norma, são geralmente altas e cicatrizadas) são difíceis de reparar, embora o prognóstico seja habitualmente favorável. Estes tipos de fístula surgem quase sempre juntamente com uma fístula vesicovaginal circunferencial complexa. A operação pode ser extensa e alguns cirurgiões preferem realizar os procedimentos por etapas, sendo a fístula retovaginal reparada primeiro e a fístula vesicovaginal reparada posteriormente, após a recuperação da paciente.

Avaliação pré-operatória

Historial: Tal como acontece no Nível 2 do Módulo 6 (*consulte a página 86*), as fístulas retovaginais altas, cicatrizadas e circunferenciais resultam geralmente de um trabalho de parto obstruído mais longo. Os trabalhos de parto que provocam fístulas retovaginais significativas tendem a ser mais longos em, pelo menos, 1 dia do que os trabalhos de parto que provocam apenas fístulas vesicovaginais. Na grande maioria dos casos, as pacientes deram à luz um nado-morto. Faça perguntas sobre incontinência urinária e examine possíveis sintomas, uma vez que as fístulas vesicovaginais geralmente coexistem, pelo que a paciente deverá apresentar perdas de urina e fezes pela vagina. Para além disso, questione e examine no sentido de detetar danos nervosas nos membros inferiores, uma vez que o pé caído ocorre mais frequentemente com este tipo de fístulas retovaginais.

Diagnóstico: O diagnóstico é realizado após recolha do historial, acompanhada de exame vaginal e retal. É importante detetar a presença de uma estenose retal, geralmente na extremidade proximal da fístula. Para além disso, verifique a permeabilidade e a função do esfíncter anal, uma vez que poderá ter ocorrido uma laceração do esfíncter durante o parto. Examine também os reflexos e a tonicidade anal.

Planeamento e cuidados: Muitos cirurgiões ponderariam realizar uma colostomia derivativa neste caso, sendo a mais fácil a colostomia sigmoide de alça. É essencial que a paciente seja devidamente aconselhada sobre a operação, as respetivas consequências e os riscos envolvidos. Também é aconselhável, se possível, que lhe seja permitido falar com outra paciente que tenha feito a cirurgia. Se a cirurgia for abdominovaginal, discuta também a possibilidade de uma laqueação de trompas ou histerectomia com a paciente, se ela não desejar ter mais filhos. Este pode ser um procedimento necessário se o útero e o reto, e até mesmo o sigmoide, estiverem presos firmemente na pélvis, impossibilitando o acesso sem remoção prévia do útero. Recomenda-se confirmar o grupo sanguíneo da paciente e preparar o sangue, porque muitas pacientes são anémicas. Como as pacientes podem apresentar desnutrição, podem necessitar de suplementação nutricional e, se existirem danos nervosos e/ou a paciente tiver pé caído, pode ainda ser necessária ajuda adicional em matéria de mobilização e reabilitação motora. Se a paciente não for realizar uma colostomia derivativa, o intestino deve ser preparado adequadamente, de acordo com a preferência do cirurgião, para garantir que a paciente tem o intestino vazio antes da operação. Por norma, esta preparação inclui uma dieta líquida e enemas de manhã e à noite no dia anterior à cirurgia. Se a paciente também apresentar uma fístula vesicovaginal, o tratamento pode ser faseado: assim que a fístula retovaginal estiver curada e a colostomia for fechada (4–6 semanas após a cirurgia inicial), a paciente pode voltar para reparação da fístula vesicovaginal.

Para obter mais informações, consulte 2. Cuidados clínicos pré-operatórios; página 13

Cirurgia

Os princípios cirúrgicos são semelhantes em todos os procedimentos relacionados com fístulas, mas estes geralmente exigem cuidados adicionais com a exposição. A maioria dos cirurgiões repara estas lesões por via vaginal, mas, por vezes, é aplicada uma via vaginal e abdominal combinada.

Para fechar uma fístula retovaginal alta, cicatrizada e circunferencial, geralmente são utilizados rebordos de avanço para encerrar a lesão. No entanto, como não existem muitos rebordos com aporte sanguíneo, existe um limite para o tamanho e o número de rebordos que podem ser retirados de um local até que o aporte sanguíneo da extremidade distal fique comprometido. Esta situação pode dar origem a necrose ao longo da extremidade do rebordo e subsequente falha da reparação.

Via vaginal

1. Administre um anestésico, se for o caso.
2. Administre antibióticos perioperatórios adequados, que devem incluir 500 mg de metronidazol por via intravenosa, bem como um antibiótico profilático comum, de acordo com a disponibilidade local e a preferência do cirurgião.
3. Coloque a paciente em posição de litotomia exagerada com as nádegas consideravelmente sobre o limite da mesa cirúrgica e em posição de Trendelenburg acentuada.
4. Após a preparação e a colocação dos campos cirúrgicos, uma episiotomia generosa pode ser uma grande ajuda em termos de exposição. Alguns cirurgiões, mas não todos, realizam uma hidrodissecção (solução salina estéril ou uma mistura de lidocaína e adrenalina). Se for realizada corretamente, esta abre os planos para facilitar a dissecção e, se for utilizada adrenalina, também reduz a perda de sangue. É importante realizar a infiltração no plano correto: não aplique solução salina indiscriminadamente em todos os tecidos do campo cirúrgico e em planos incorretos.
5. Utilize o método de divisão de rebordos para criar uma mobilidade adequada do reto e, por vezes, do sigmoide e do ânus. Pode ser necessário remover o tecido cicatricial.
6. Se o defeito for circunferencial, a mobilização do intestino terá de ser totalmente circunferencial e o sigmoide deve avançar para a parte proximal do reto distal. Geralmente, a mobilização do defeito desta forma irá remover a estenose.
7. Realize o encerramento do intestino sem tensão, com suturas interrompidas, usando ácido poliglicólico 2-0 e excluindo a mucosa. Por norma, este procedimento é realizado em duas camadas da musculatura, mas é possível realizá-lo em apenas uma camada durante a anastomose do sigmoide posterior/reto em caso de defeito circunferencial. É necessário cuidado para não recriar uma estenose durante a reparação, certificando-se de que a anastomose é realizada na orientação correta e sem restrição do lúmen. Este procedimento é realizado com maior segurança ao realizar primeiro a anastomose da parede posterior do intestino na linha média, continuando depois de forma gradual, realizando uma sutura de cada lado da linha média e aproximando-se lentamente do intestino anterior para convergir, por fim, na linha média. Sempre que possível, realize a segunda camada.

8. A cavidade peritoneal é frequentemente aberta durante o procedimento, mas é imperativo evitar a entrada de sangue, urina e, possivelmente, fezes (caso não tenha sido realizada uma colostomia temporária) na cavidade peritoneal. Alguns cirurgiões suturam o peritônio, enquanto outros inserem um tampão na cavidade peritoneal, deixando uma "cauda" longa no tampão para evitar perdê-lo. É necessário ter especial cuidado neste processo.
9. Repare o lado vaginal sem tensão. Por norma, é utilizada uma sutura de ácido poliglicólico 2-0. Se tiver ocorrido uma perda considerável de tecido vaginal, poderá ser necessário utilizar rebordos.
10. Verifique sempre se o esfíncter anal está intacto.
11. Insira um cateter de Foley para manter a bexiga em drenagem livre.
12. Caso tenha realizado uma episiotomia, suture a mesma e remova as suturas de fixação labial.
13. Insira um tampão vaginal estéril para reduzir o risco de hemorragia e a formação de hematomas e remova-o no dia seguinte. Por norma, o tampão é feito de gaze impregnada de iodo ou vaselina. Não deve colar e deve ser suficientemente firme para reduzir a hemorragia, mas não demasiado firme ao ponto de causar dor ou danos nos tecidos.

Passos Cirúrgicos Críticos

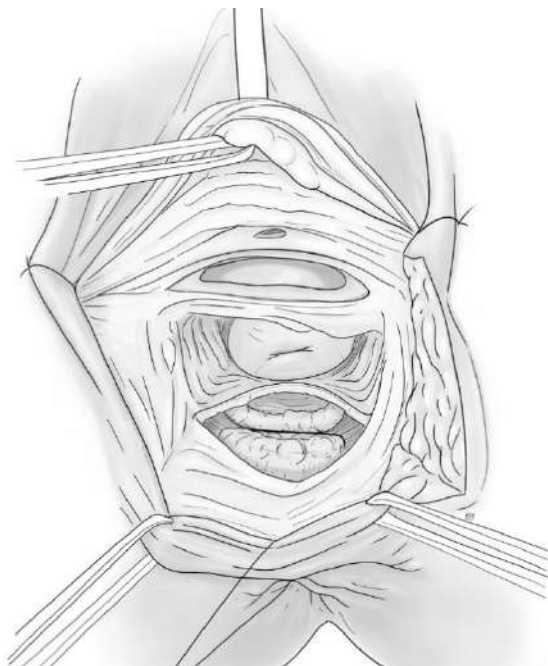


Figura 74. As duas extremidades do reto foram mobilizadas e o tecido cicatricial foi removido. Tenha em conta a fístula vesicovaginal coexistente.

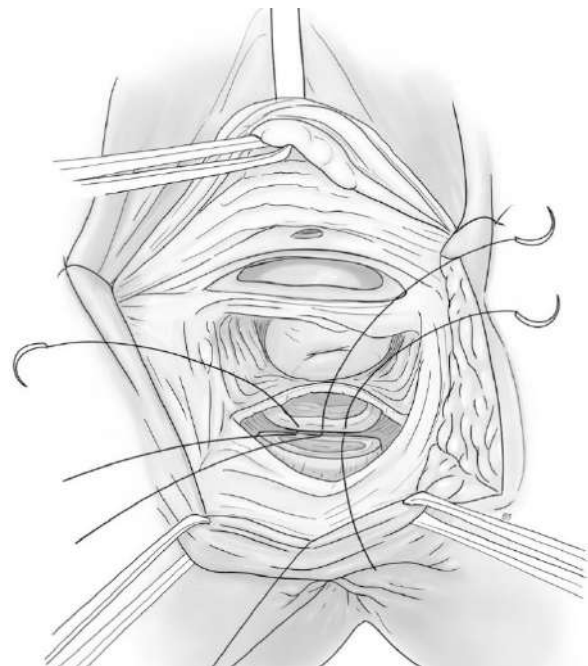


Figura 75. Primeiro realiza-se a anastomose da parede posterior do reto, com uma sutura da musculatura excluindo a mucosa.

Via abdominovaginal

Se o intestino distal à fístula se encontrar a, pelo menos, 10 cm de profundidade e não for possível reparar a fístula por via vaginal, realize uma laparotomia. Coloque uma sonda retal o mais profundamente possível pelo ânus, para ajudar a encontrar a alça distal.

1. Administre um anestésico, se for o caso.
2. Administre antibióticos perioperatórios adequados, que devem incluir 500 mg de metronidazol por via intravenosa, bem como um antibiótico profilático comum, de acordo com a disponibilidade local e a preferência do cirurgião.
3. Posicione a paciente em posição supina.
4. Após a preparação e a colocação dos campos cirúrgicos, realize uma laparotomia da linha média.
5. Puxe o útero para cima e no sentido distal, após realizar uma sutura de fixação através do fundo. Poderão existir aderências firmes no fundo de Douglas.
6. Realize uma incisão transversal na prega peritoneal e disseque entre o reto e o colo uterino. Identifique o uréter esquerdo. Se conseguir sentir a sonda retal, será mais fácil continuar uma dissecação pontiaguda. Realize uma dissecação bilateral cuidadosa do reto.
7. Faça uma incisão transversal sobre a sonda na alça distal. O reto está agora aberto, bem como a parte superior da vagina anterior ao reto.
8. Remova o tecido cicatricial segundo a necessidade e liberte ambas as extremidades do reto.
9. Disseque a alça distal mais afastada da vagina, ao longo de, pelo menos, 1 cm.
10. Inicie a anastomose através da colocação de duas suturas de fixação (ácido poliglicólico 2-0) submucosas no sentido proximal-distal, às 3 e às 9 no relógio. Não as aperte.
11. Agora, coloque todas as suturas pegando bons pontos na submucosa entre as suturas, para a parte posterior da anastomose, e aperte-as. Faça o mesmo para a parede anterior do sigmoide e do reto, e aperte-as.
12. Realize uma segunda camada de suturas invertidas e sinta se a anastomose é suficientemente larga para a passagem de fezes.
13. Lave a cavidade peritoneal com uma solução salina morna antes de encerrar.
14. Se o coto retal estiver demasiado profundo e não for possível dissecá-lo, realize um procedimento de abaixamento. Coloque duas suturas de fixação através da alça proximal em ambos os lados e passe-as pela alça distal. Poderá ser necessário mobilizar o sigmoide primeiro, mesmo para além do ângulo esplênico.
15. Feche a cavidade peritoneal acima da anastomose e aproxime a parede vaginal posterior.
16. Repare o lado vaginal sem tensão. Por norma, é utilizada uma sutura de ácido poliglicólico 2-0. Se tiver ocorrido uma perda considerável de tecido vaginal, poderá ser necessário utilizar rebordos.
17. Antes de fechar o abdómen, pondere a realização de uma colostomia derivativa.
18. Repare o abdómen e coloque um dreno em caso de necessidade.
19. Verifique sempre se o esfíncter anal está intacto.
20. Insira um cateter de Foley para manter a bexiga em drenagem livre.

21. Insira um tampão vaginal estéril para reduzir o risco de hemorragia e a formação de hematomas e remova-o no dia seguinte. Por norma, o tampão é feito de gaze impregnada de iodo ou vaselina. Não deve colar e deve ser suficientemente firme para reduzir a hemorragia, mas não demasiado firme ao ponto de causar dor ou danos nos tecidos.

Passo Cirúrgico Crítico

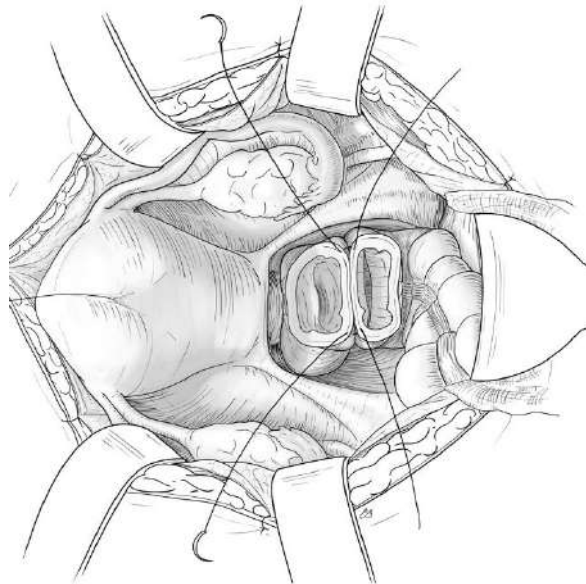


Figura 76. Vista de laparotomia. As extremidades proximal e distal do reto/sigmoide estão mobilizadas. A parede posterior da anastomose intestinal é reparada em primeiro lugar.

Complicações

- Hemorragia e infeções.
- Falha do procedimento.
- Estenose retal.
- Se a cavidade peritoneal tiver sido aberta e o conteúdo tiver entrado no peritónio, a paciente pode desenvolver íleo paralítico e peritonite.

Para obter mais informações, consulte 4. Complicações da cirurgia de fístula; página 238

Cuidados pós-operatórios

Cateterismo: No pós-operatório, o cateter de Foley deve permanecer colocado para uma drenagem livre. Se a paciente tiver sido sujeita a reparação de fístula vesicovaginal coexistente, o cateter deve ser mantido por 10–14 dias, de acordo com o protocolo de fístula vesicovaginal. Se a paciente apresentar isoladamente uma fístula retovaginal, o cateter de Foley pode ser removido quando a paciente se puder mover e o tampão tiver sido retirado, geralmente no dia seguinte.

Dieta: Se a paciente tiver uma colostomia, não existe motivo para protelar o início da alimentação oral.

Se a paciente não tiver uma colostomia, é importante impedir a ocorrência de obstipação, para evitar empurrar com força fezes duras pela sutura, o que arriscaria danos nos tecidos em cicatrização e uma possível falha do procedimento. Após a operação, a paciente deve ser sujeita a reidratação intravenosa até poder beber. No dia seguinte, pode ser iniciada uma dieta ligeira, que irá persistir por 6–7 dias, até à reintrodução de uma dieta normal. Para garantir que a paciente não fique obstipada, deve ser prescrito um laxante (bisacodil) no início da dieta ligeira, devendo a toma continuar por 1 semana. O laxante deve ser interrompido se as fezes se tornarem demasiado líquidas.

Avaliação de resultados cirúrgicos: A paciente deve ser interrogada e examinada em relação a qualquer incontinência intestinal. Em caso de dúvida, deve ser realizado um teste de coloração retal (*consulte* Teste de Coloração para Fístula Retovaginal; página 18).

Encerramento da colostomia: Se a paciente tiver uma colostomia, recomenda-se encerrar a colostomia às 6 semanas, depois de ter certeza que a fístula retovaginal foi reparada com sucesso. Não encerre a colostomia se a fístula retovaginal continuar presente.

Para obter mais informações, consulte 5. Cuidados Pós-Operatórios; página 244

Conselhos específicos de alta

Os seguintes conselhos específicos devem ser comunicados à paciente (bem como ao(s) respetivo(s) acompanhante(s), se for o caso) antes da alta:

- A importância de comparecer nas consultas de acompanhamento pós-operatório.
- Se a paciente for para casa com uma colostomia, deverá aprender a trocar os sacos de colostomia. Também lhe deverá ser fornecido um conjunto de sacos suficiente.
- Assegurar uma dieta rica em fibras para evitar a obstipação e o esforço de empurrar fezes duras pela anastomose. Isto é particularmente importante enquanto os tecidos cicatrizam, nos primeiros 3 meses após a operação. Se necessário, tomar um laxante (bisacodil), conforme prescrito. Tenha em conta que este conselho poderá ter necessidade de ser ajustado para pacientes com incontinência fecal persistente.

É quase inevitável que um procedimento de fístula retovaginal circunferencial/estenosada se tenha devido a uma lesão necrótica extensa, como resultado de uma fístula obstétrica. Assim sendo, será necessário incluir os seguintes pontos críticos nos conselhos de alta:

- Continuar o treino da bexiga e os exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico, conforme as instruções, bem como os exercícios de reabilitação motora se o pé caído continuar presente.
- Assegurar o parto por cesariana eletiva em todas as gravidezes subsequentes (se a paciente não tiver tido uma histerectomia ou não estiver na pós-menopausa).

Para obter mais informações, consulte 5.4. Conselhos antes da alta; página 252

Avaliação de Desempenho – Fístula retovaginal circunferencial/estenosada

A Avaliação de Desempenho é utilizada em todos os módulos para avaliar as competências e o progresso dos formandos. Tem de ser **preenchida, assinada e datada pelo formador**.

	Insatisfatória	Satisfatória	Boa
Geral			
1. Planeamento e preparação	Diagnóstico incorreto com investigações e preparação pré-operatória inadequadas	Diagnóstico correto com investigações e preparação pré-operatória adequadas, mas com alguns erros	Diagnóstico correto com investigações e preparação pré-operatória adequadas
2. Aconselhamento e consentimento	Aconselhamento insuficiente e obtenção de consentimento após solicitação	Aconselhamento adequado e obtenção de consentimento	Aconselhamento correto da paciente e obtenção de consentimento
3. Passos cirúrgicos padrão	Necessitou de uma orientação considerável para seguir os passos cirúrgicos padrão	Necessitou de alguma ajuda para seguir os passos cirúrgicos padrão	Seguiu os passos cirúrgicos padrão de forma independente e satisfatória
4. Fluxo da operação e planeamento antecipado	Paragens/hesitações regulares com planeamento antecipado insuficiente	Progressão adequada, mas com alguma hesitação no planeamento futuro	Boa progressão e bom planeamento antecipado
5. Conhecimento e manuseamento de instrumentos	Manuseou mal os instrumentos e necessitou de ajuda significativa na seleção dos mesmos	Necessitou de ajuda ocasional no manuseamento e seleção de instrumentos	Manuseou bem os instrumentos e selecionou os instrumentos apropriados

6. Respeito pelos tecidos	Pouco respeito pelos tecidos e/ou ajuda necessária para encontrar planos de tecidos adequados	Respeito adequado pelos tecidos, tendo encontrado planos de tecidos adequados	Respeito satisfatório pelos tecidos, tendo encontrado facilmente os planos de tecidos adequados
7. Suturas e nós	Suturas colocadas de forma imprecisa ou remoção e substituição repetida da agulha nos tecidos para uma colocação correta. Nós soltos e inseguros	Colocação adequada de suturas e nós	Suturas colocadas de forma precisa, com nós adequados
8. Utilização técnica de assistentes	Utilização incorreta dos assistentes	Utilização correta dos assistentes na maior parte do tempo	Utilização sempre correta dos assistentes
9. Relações com a paciente e a equipa cirúrgica	Comunicação e respeito pela paciente e pela equipa cirúrgica inadequados	Boa comunicação e respeito pela paciente e pela equipa cirúrgica na maior parte do tempo	Excelente comunicação e respeito pela paciente e pela equipa cirúrgica
10. Perspicácia e atitude	Compreensão limitada dos próprios pontos fortes e fracos	Compreensão intermédia dos próprios pontos fortes e fracos	Boa compreensão dos próprios pontos fortes e fracos
Especificidade do procedimento			
11. Compreensão da patologia	Compreensão inadequada da fístula retovaginal circunferencial/estenosada	Compreensão adequada da fístula retovaginal circunferencial/estenosada	Boa compreensão da fístula retovaginal circunferencial/estenosada

12. Decisão em relação à via vaginal ou abdominovaginal	Orientação necessária para escolher a via correta	Via apropriada, mas incerteza na tomada de decisão	Ponderação da via e tomada de decisão correta e informada
13. Passos cirúrgicos específicos para a reparação da fístula retovaginal circunferencial/estenosada, de acordo com a via escolhida	Conhecimento limitado ou incorreto dos passos cirúrgicos específicos para a reparação da fístula retovaginal circunferencial/estenosada	Conhecimento correto, mas incompleto dos passos cirúrgicos específicos para a reparação da fístula retovaginal circunferencial/estenosada	Bom conhecimento dos passos cirúrgicos específicos para a reparação da fístula retovaginal circunferencial/estenosada
14. Identificação da lesão do esfíncter anal e conhecimento dos riscos de incontinência fecal/de flatos persistente	Necessitou de indicação para procurar lesões do esfíncter anal e conhecimento limitado dos riscos de incontinência fecal/de flatos persistente	Procurou de forma adequada lesões do esfíncter anal e conhecimento suficiente dos riscos de incontinência fecal/de flatos persistente	Procurou de forma independente lesões do esfíncter anal e bons conhecimentos dos riscos de incontinência fecal/de flatos persistente
15. Mobilização, dilatação retal (se necessário) e reparação da parede retal anterior, no caso de não constituir um defeito circunferencial	Necessitou de ajuda significativa para mobilizar e dilatar o reto e a vagina, e para reparar a parede retal anterior	Mobilizou adequadamente o reto e a vagina, e reparou a parede retal anterior	Boa mobilização do reto e da vagina, e reparação da parede retal anterior
16. Mobilização circunferencial de ambas as extremidades do reto, no caso de o defeito ser circunferencial	Necessitou de ajuda significativa para mobilizar ambas as extremidades do reto e da vagina para reparação	Mobilizou adequadamente ambas as extremidades do reto e/ou da vagina para reparação	Boa mobilização de ambas as extremidades do reto e da vagina para uma reparação ideal

17. Anastomose cirúrgica das extremidades mobilizadas do reto	Necessitou de ajuda significativa para realizar a anastomose das extremidades do reto	Realizou a anastomose das extremidades do reto de forma adequada	Realizou bem a anastomose das extremidades do reto
18. Passos necessários para reduzir a probabilidade de incontinência fecal/de flatos	Necessitou de assistência para reduzir a probabilidade de incontinência fecal/de flatos	Reduziu adequadamente a probabilidade de incontinência fecal/de flatos	Reduziu bem a probabilidade de incontinência fecal/de flatos
19. Reparação da vagina, sem tensão, e cobertura da parede retal	Necessitou de ajuda para reparar a vagina sem tensão e cobrir adequadamente a parede retal	Reparou de forma adequada a vagina, mas necessitou de indicações para evitar tensão, e cobertura adequada da parede retal	Boa reparação da vagina, sem tensão, e cobertura da parede retal
20. Colostomia derivativa	Necessitou de ajuda para decidir onde e como fazer a colostomia	Colocou e realizou a colostomia de forma adequada	Boa escolha do local e realização adequada da colostomia
21. No caso de via abdominovaginal, encerramento do abdómen	Ajuda necessária para encerrar o abdómen	Encerramento adequado do abdómen	Encerramento do abdómen bem realizado
22. Documentação do procedimento	Documentação escrita insuficiente	Documentação suficiente, mas com algumas omissões	Documentação clara e abrangente, com todas as informações necessárias

Complicações									
23. Compreensão de eventuais complicações, incluindo a forma de identificar e gerir as mesmas	Compreensão limitada das complicações e/ou falta de clareza dos respetivos cuidados			Compreensão adequada das complicações e planos para os respetivos cuidados			Boa compreensão das complicações, com planos de cuidados claros		
Cuidados pós-operatórios									
24. Planeamento dos cuidados pós-operatórios, incluindo o cateterismo e a dieta	Planeamento inadequado dos cuidados pós-operatórios			Planeamento adequado dos cuidados pós-operatórios			Bom planeamento dos cuidados pós-operatórios		
25. Conhecimento dos testes de continência e avaliação dos resultados	Conhecimento limitado dos testes de continência e da avaliação dos resultados			Conhecimento adequado dos testes de continência e da avaliação dos resultados			Bom conhecimento dos testes de continência e da avaliação dos resultados		
Comentários de acordo com a avaliação de desempenho						Aprovação (S/N)	Assinatura do formador e data		
1.									
2.									
3.									
4.									

5.		
6.		

Livro de Registro do Módulo - Fístula retovaginal circunferencial/estenosada

Este é um registro de cirurgias observadas e realizadas pelo formando, devendo ser compilado pelo formando **com um formador presente**:

Data	Descrição do caso	Tipo - Observação ou assistência - Supervisão direta - Prática clínica independente	Se aplicável, aprovação na avaliação de desempenho (S/N)	Comentários	Assinatura do formador

Módulo 17 Gestão de uma instalação de tratamento de fístulas

Objetivos de aprendizagem

No final deste módulo, os formandos devem compreender claramente:

1. As considerações-chave para ajudar a identificar a necessidade de serviços de tratamento de fístulas.
2. Os diferentes modelos de prestação de cuidados de fístulas, incluindo as vantagens e desvantagens de cada modelo.
3. Quais são os serviços considerados nucleares e quais são os serviços considerados adicionais no tratamento de fístulas.
4. Como manter a prestação de cuidados de fístulas.

Este módulo descreve as considerações-chave envolvidas na criação de serviços associados ao tratamento de fístulas, seja sob a forma de um centro de tratamento de fístulas, uma unidade de fístulas integrada ou uma instalação de tratamento autónoma especializada. Fornece uma visão geral de como determinar a necessidade de serviços de cuidados de fístulas, as considerações dos diferentes modelos de prestação de cuidados de fístulas, bem como informações-chave sobre a criação e manutenção dos referidos serviços.

Determinar a necessidade de fornecer serviços de tratamento de fístulas

Desafios na definição da prevalência de fístulas obstétricas

Antes da criação de um serviço de tratamento de fístulas, é essencial estimar o peso da doença na área. Por si só, isto pode representar um desafio, uma vez que a fístula obstétrica continua a ser uma questão de saúde pública negligenciada e os conjuntos de dados disponíveis costumam ser pouco fiáveis. As estimativas publicadas sobre a incidência e prevalência da doença tendem a ser conclusões estatísticas, baseadas apenas em indicadores, uma vez que as mulheres e raparigas com fístula obstétrica escondem-se, muitas vezes, da sociedade e representam uma população que, notoriamente, é difícil de alcançar. Pode ser útil falar com os hospitais, centros de saúde e profissionais de saúde existentes, incluindo trabalhadores de saúde comunitários, para apurar o número de casos de pacientes com fístula. No entanto, este método pode não refletir exatamente a realidade, uma vez que os prestadores de cuidados de saúde enviam, por vezes, as pacientes com fístula para casa, informando-as de que não existe nenhum tratamento possível.

Consequentemente, outras pacientes com sintomas semelhantes tomam conhecimento destas indicações e abstêm-se de procurar ajuda.

Considerações sobre o sistema de saúde local

Os países que apresentam um elevado número de mulheres com fístula obstétrica têm, inevitavelmente, elevadas taxas de mortalidade e morbilidade maternas (e neonatais). A par com outras questões complexas, como desigualdades socioeconómicas e de género, as elevadas taxas de mortalidade e morbilidade maternas resultam diretamente da falta de acesso a serviços de saúde materna abrangentes, incluindo parteiras qualificadas e cuidados obstétricos de emergência. Por

consequente, pode ser estabelecida uma correlação entre os maus indicadores de saúde materna e a presença de pacientes com fístula obstétrica.

Neste tipo de situações, os sistemas de saúde costumam ser subfinanciados, pelo que os prestadores de cuidados de saúde se deparam com a escassez de recursos e equipamento. Tendo em conta a natureza do problema, haverá poucos, ou nenhuns, recursos disponíveis para as pacientes com fístula. É importante lembrar que uma das barreiras mais proibitivas para as pacientes com fístula acederem aos cuidados de saúde incide sobre o custo financeiro, que inclui os custos de transporte, tratamento, medicação e alimentação das pacientes. A incapacidade de abordar esta barreira crítica é suscetível de resultar num número reduzido de pacientes, sendo que um serviço de tratamento de fístulas neste cenário não atingirá, quase certamente, um potencial pleno.

Compreender a prestação de serviços e os parceiros-chave existentes

Tendo todos os aspetos acima referidos em mente, continua a ser crucial recolher todos os dados disponíveis e identificar o local onde a necessidade é maior. É importante lembrar que, embora os serviços associados ao tratamento de fístulas sejam geralmente escassos, já foram estabelecidas várias iniciativas, lideradas sobretudo por organizações nacionais e internacionais não governamentais, que visam ajudar as pacientes com fístula em alguns contextos afetados. Assim sendo, antes de um novo projeto ter início, é essencial descobrir quais os programas já existentes na área proposta. Como os recursos para o tratamento de pacientes com fístula permanecem limitados, é imperativo que todos os fundos preciosos sejam utilizados de forma eficiente e que a concorrência desnecessária entre projetos seja evitada ao máximo. Uma avaliação inicial ajudará, por isso, a decidir se deve ser criada uma nova instalação para complementar as atividades já existentes ou, talvez, se os recursos serão melhor direcionados noutra local. Trabalhar com organizações e organismos governamentais locais, regionais e nacionais/internacionais é essencial para gerir os aspetos legais, em especial no que diz respeito aos registos, e coordenar as partes interessadas. É necessário implementar Memorandos de Entendimento sólidos para garantir relações de trabalho transparentes e de confiança.

Priorizar a paciente no processo de tomada de decisões

Ao definir um novo serviço de cuidados de fístulas, todo o processo de tomada de decisão deve incidir sobre a prestação de cuidados direcionados para a paciente, incluindo o contexto local, os costumes e as crenças. As instalações devem ter como objetivo fornecer um pacote holístico de intervenções que visem melhorar a qualidade de vida das pacientes, incluindo o seu bem-estar físico, psicológico, social, cultural e económico. Isto requer uma compreensão profunda e total dos desafios que as pacientes com fístula enfrentam diariamente na área em questão. Além disso, a eficácia e o sucesso global dependerão de as intervenções se dirigirem a toda a gama de patologias das pacientes. As instalações de tratamento de fístulas estão também extremamente bem posicionadas no sentido de defender, interligar e promover a saúde e os direitos de mulheres e raparigas.

Escolher um modelo para a prestação de cuidados de fístulas

Após a identificação de um local, é necessário decidir o modelo de tratamento de fístulas. Todos os modelos têm vantagens e desvantagens ao nível da quantidade de recursos necessários, da facilidade de implementação dos mesmos e da qualidade dos serviços prestados na perspetiva de cuidados direcionados para a paciente.⁸⁹

Campanhas/centros de tratamento de fístulas

No âmbito de campanhas/centros de tratamento de fístulas,⁹⁰ uma localização (muitas vezes remota) é visitada por um cirurgião ou, por vezes, por uma equipa para realizar uma série de cirurgias de fístulas num curto período de tempo.

Vantagens:

- Podem ser programadas de acordo com a frequência que os recursos permitirem.
- Representam uma oportunidade de formação do pessoal local através de pequenas séries de cirurgias.
- O fornecimento de componentes essenciais de tratamento holístico, como fisioterapia e reintegração, pode ser planeado e partilhado com as instalações centrais ou outras organizações governamentais ou não governamentais locais que tenham recursos dedicados e as competências necessárias para a prestação destes serviços.
- Pode ser um bom indicador da necessidade numa determinada área. Se os centros de tratamento tiverem sucesso, com o aumento do número de pacientes à medida que a mensagem é divulgada, pode valer a pena explorar melhor a localização e, se adequado, considerar uma unidade permanente como alternativa.

Desvantagens:

- A principal limitação reside no número de pacientes que as instalações centrais podem recrutar e no número de camas disponíveis.
- Como os cirurgiões/equipas visitantes podem ser raros, as pacientes que se encontram em condições de saúde aquém do ideal (por exemplo, pacientes com desnutrição moderada ou aguda) podem ainda assim ser programadas para cirurgia, em vez de o procedimento ser adiado para uma altura em que esteja de ótima saúde.
- Por norma, o acompanhamento da paciente pelo cirurgião e pelas equipas visitantes é limitado ou não é, de todo, possível.
- A qualidade dos cuidados pós-operatórios (e o tratamento das complicações inerentes) pode ser inadequada se os mesmos forem fornecidos por prestadores de cuidados de saúde locais não qualificados, especialmente após a partida de um cirurgião e uma equipa de especialistas.

⁸⁹ L.L. Wall. Where Should Obstetric Vesico-Vaginal Fistulas Be Repaired: At the District General Hospital or a Specialized Fistula Center? *Int J Gynecol Obstet* (2007); R. Maroyi, L. Keyser, L. Hosterman, A. Notia, D. Mukwege. The Mobile Surgical Outreach Program for Management of Patients with Genital Fistula in the Democratic Republic of Congo. *Int J Gynecol Obstet* (2020).

⁹⁰ K. Ramsey, Z. Iliyasa, L. Idoko. Fistula Fortnight: Innovative Partnership Brings Mass Treatment and Public Awareness towards Ending Obstetric Fistula. *Int J Gynecol Obstet* (2007).

- A prestação de serviços adicionais para além do tratamento cirúrgico pode ser um desafio.
- Requer a cooperação e colaboração das instalações centrais, das autoridades e de múltiplos parceiros, incluindo os trabalhadores de apoio e saúde comunitária, para o recrutamento de pacientes.

Unidades integradas de tratamento de fístulas

Estas unidades podem fazer parte de um hospital geral ou outro estabelecimento de saúde e, idealmente, devem apresentar a forma de quartos/camas dedicados em enfermarias obstétricas e ginecológicas ou alas separadas em hospitais gerais e universitários.

Vantagens:

- Ideal para um número de cirurgias regular, mas muitas vezes limitado.
- Permite utilizar e colaborar facilmente com outros serviços hospitalares estabelecidos, por exemplo, maternidades, blocos operatórios e serviços laboratoriais.
- Se a instituição tiver serviços adequados e recursos disponíveis, permite a prestação adequada de cuidados holísticos.
- Conforme referido acima, pode ser um bom indicador da necessidade de criação de um serviço permanente antes de ser adotado qualquer compromisso no que diz respeito à despesa considerável de estabelecer uma unidade dedicada.

Desvantagens:

- Podem surgir desafios quando os cirurgiões e/ou outro pessoal tiverem responsabilidades antagónicas e o tempo do bloco operatório dedicado a cirurgias de fístulas competir com outros procedimentos e emergências eletivos.
- Muitas vezes, as pacientes só são tratadas quando o tempo e os recursos o permitem.
- As pacientes podem ter tempos de espera prolongados nas instalações antes de serem submetidas a reparações cirúrgicas.
- A flutuação dos fluxos de financiamento de parceiros colaboradores, por exemplo, no que diz respeito à identificação de pacientes, que pode comprometer e interromper as atividades se o financiamento for subitamente reduzido ou cancelado.

Instalações de tratamento de fístulas especializado e dedicado

Este tipo de instalações e hospitais pode existir em edifícios autónomos e autossuficientes ou em edifícios construídos no terreno de um hospital geral existente.

Vantagens:

- Conta com pessoal próprio, enfermaria(s) e bloco(s) operatório(s) dedicados.
- Permite fornecer cuidados holísticos integrados, incluindo todos os cuidados acima mencionados, mais conselheiros, fisioterapeutas e especialistas em reabilitação, bem como pessoal psicossocial e de apoio nutricional.
- Não existe qualquer tipo de concorrência por recursos, blocos operatórios e tempo de trabalho do pessoal.

- Permite prestar cuidados clínicos mais especializados e procedimentos complexos.
- O número elevado de casos confere a oportunidade ideal para a prestação de cuidados personalizados centrados na paciente e o desenvolvimento da investigação de modo a reforçar a base de provas e a melhorar continuamente as práticas implementadas.
- Uma unidade dedicada que apresente um número elevado de pacientes também proporciona um ambiente ideal para a realização de formações especializadas, incluindo formações de cirurgias de fístulas e equipas de cuidados holísticos.

Desvantagens:

- Requer a aplicação da maior parte dos recursos financeiros.
- Só é rentável se existir um número elevado de casos de pacientes.
- Se não for possível a sua integração em instalações existentes, todos os serviços necessários ou benéficos para as pacientes de fístulas poderão necessitar ser recriados, por exemplo, no que diz respeito aos serviços de fisioterapia ou centros de acolhimento à maternidade.

Criar uma instalação de tratamento de fístulas obstétricas

Dependendo do espaço disponível, os serviços podem ser acomodados e fechados no mesmo edifício ou, em alternativa, podem ser estabelecidos como edifícios independentes pertencentes à mesma instalação de tratamento. Se já existir algum hospital geral próximo que forneça serviços necessários, nesse caso será possível partilhar a prestação de cuidados. No entanto, o pessoal hospitalar das unidades colaboradoras terá de ser devidamente formado quanto às necessidades especiais das pacientes com fístula obstétrica.

Seguidamente são delineados os serviços clínicos integrados e recomendados que deverão ser idealmente proporcionados por uma instalação de tratamento de fístulas obstétricas abrangente.

Serviços essenciais

Sistema de receção, inscrição e registos médicos: A receção deve ser um local acolhedor no contacto inicial das pacientes com o ambiente hospitalar. Muitas estarão longe do seu lar e sentir-se-ão ansiosas e desorientadas. Por conseguinte, é extremamente importante que este primeiro contacto com a instalação de tratamento seja uma experiência acolhedora, reconfortante e positiva para as pacientes com fístula. A área da receção também pode ser utilizada para efeitos de educação sanitária, por exemplo, através da exposição de cartazes e outros materiais. A definição de um sistema de registo médico simples e eficiente é de importância vital para a boa manutenção de registos, a prestação de cuidados e o acompanhamento das pacientes.

Área de ambulatório: A área de ambulatório deve incluir uma sala de exames com boa iluminação, uma marquesa de exames e materiais essenciais para a realização de exames ginecológicos, incluindo a cistometria no internamento para avaliar a função da bexiga.

Ala/quarto de preparação pré-operatória: Para esta área, é importante garantir uma boa iluminação, limpeza regular e ventilação. A área de preparação pré-operatória serve para preparar as pacientes para procedimentos cirúrgicos gerais, incluindo a preparação intestinal, a reabilitação nutricional e o tratamento de outras condições médicas. É útil ter uma ou várias salas de isolamento

para pacientes com infeções ativas, com algumas provisões para pacientes fisicamente incapacitadas e/ou mentalmente instáveis.

Serviços laboratoriais: A realização de investigações laboratoriais básicas de rotina é essencial, devendo as mesmas ter capacidade para analisar amostras e produtos de sangue, incluindo para o VIH e a hepatite B, e para efetuar transfusões. O laboratório deve ter capacidade para analisar também testes de cultura e sensibilidade de diferentes espécimes. Se a instalação tratar complicações urológicas e gastrointestinais inferiores graves e complexas, agudas e crónicas, e realizar cirurgias avançadas, nesse caso será necessário que tenha capacidade para realizar testes serológicos às funções de órgãos e medições de eletrólitos.

Bloco operatório: Um bloco operatório dedicado deve apresentar boas fontes de iluminação, mesas de cirurgia devidamente inclinadas com os acessórios necessários para a realização de procedimentos ginecológicos e urológicos, instrumentos cirúrgicos especializados para cirurgia de fístulas e uma variedade de cateteres, sondas de drenagem e material de tamponamento vaginal. Deve existir, pelo menos, um aparelho de anestesia e um autoclave. Se os recursos permitirem, a existência de um cistoscópio, conjuntos de laparotomia e unidades eletrocirúrgicas irá melhorar significativamente a qualidade das intervenções cirúrgicas.

Farmácia: Deve ser montada uma farmácia no local com um sistema capaz de planear, adquirir, armazenar e distribuir fornecimentos. Para além de medicamentos e bens consumíveis de rotina, deve ser considerada a necessidade de material e equipamento médico adicional, como sacos de colostomia.

Ala pós-operatória: Uma enfermaria pós-operatória deve incluir unidades de recuperação perto da sala de operações, que, por vezes, também podem ser utilizadas como alas de cuidados intensivos. A própria enfermaria deve ser um ambiente calmo e amigável, onde as pacientes possam descansar e recuperar.

Enfermaria pré-parto e pós-cesariana: Se os recursos permitirem, a oferta de cesarianas eletivas é essencial para evitar que antigas pacientes voltem a desenvolver uma fístula obstétrica (esperando-se assim resultados de saúde positivos para a mãe e o bebé). Para prestar este serviço, é necessário contar com uma enfermaria pré-parto e pós-cesariana, separada da ala de tratamento, destinada a:

- Antigas pacientes de fístulas que regressam grávidas enquanto esperam e recuperam de cesariana(s) eletiva(s).
- Pacientes com fístula em amamentação à espera de uma reparação. Vale a pena notar que, como a maioria das mulheres com fístula obstétrica terá dado à luz a um nado-morto, é raro ver uma paciente com fístula não tratada a amamentar o bebé da mesma gravidez. No entanto, esta é uma situação que pode e, de facto, ocorre ocasionalmente. As mulheres também podem ter um parto bem-sucedido após a realização de um parto em que tenha ocorrido uma fístula.

Fisioterapia: Um fisioterapeuta qualificado ou um enfermeiro especializado pode ajudar na reabilitação motora de pacientes com fístula que sofreram danos neurológicos durante o trabalho de parto prolongado, dando origem a condições como pé caído ou outros problemas associados, como atrofia por desuso e contrações dos membros inferiores. Os fisioterapeutas também podem

ajudar as pacientes através da reabilitação do pavimento pélvico, do treino pós-reparação da bexiga (para aumentar a capacidade da bexiga) e de algum tratamento da incontinência.

Apoio psicossocial: O aconselhamento deve ser oferecido como um serviço essencial, disponibilizado, sempre que possível, por pessoal de apoio psicossocial devidamente formado para ajudar a paciente e eventuais familiares a compreender e aceitar a sua condição. Muitas mulheres com fístula obstétrica sofrem de problemas de saúde mental significativos devido à sua condição, à perda do filho e à rejeição e ao isolamento subsequentes. Estes problemas podem variar, desde a ansiedade e mudanças de humor até à depressão, passando por perturbação de stress pós-traumático, psicose e tendências/tentativas suicidas. É essencial abordar as sequelas emocionais e os distúrbios psiquiátricos relacionados com as lesões do parto. Também é de vital importância fornecer ajuda contínua às mulheres com lesões incuráveis (as mais vulneráveis das pacientes com fístula), ensinando mecanismos de sobrevivência e fornecendo apoio de higiene para permitir que as mulheres afetadas tenham uma qualidade de vida controlável. O apoio de outras pacientes com fístulas pode também ter um enorme impacto positivo no bem-estar e na recuperação mental das pacientes.

Serviços especializados adicionais

Para além dos serviços clínicos essenciais descritos acima, para fornecer cuidados holísticos abrangentes a pacientes com fístula obstétrica e múltiplos problemas de saúde e/ou desafios socioeconómicos, também podem ser oferecidos os seguintes serviços adicionais:

Radiologia: Os serviços de rotina de ecografia são úteis para verificar o estado renal de base e identificar cálculos e outros corpos estranhos no sistema geniturinário. As ecografias também podem detetar eventuais gravidezes e diagnosticar complicações após a realização de cirurgias de fístulas, incluindo achados peritoneais e envolvimento ureteral. A realização de estudos de contraste do sistema renal é essencial para determinadas indicações específicas e pacientes com lesões complexas.

Incontinência clínica: É provável que um número significativo de pacientes permaneça com vários graus de incontinência urinária e/ou fecal/de flatos após a reparação. As causas da incontinência residual podem variar e incluem incontinência de esforço, bexiga hiperativa, incontinência mista, retenção com regurgitação e fístula residual. O tratamento tem de ser adaptado a cada mulher individualmente. Após a realização de investigações completas, a primeira linha de tratamento costuma ser conservadora, médica e de apoio à higiene. No entanto, se a mesma falhar, inclui um procedimento cirúrgico no caso de a patologia assim indicar.

Clínica do estoma: As derivações urinárias e/ou fecais temporárias e permanentes, seja como parte de uma cirurgia faseada, seja como opção de tratamento irreversível, irão alterar significativamente a vida de uma paciente. É essencial garantir que as pacientes compreendem o procedimento e as suas consequências e é crucial que deem o seu consentimento informado antes de a cirurgia ocorrer. O acompanhamento clínico contínuo de derivações permanentes requer um apoio técnico significativo por parte de um prestador de cuidados devidamente formado, com processos bem organizados em vigor que permitam gerir o planeamento e a distribuição de bens essenciais. As

clínicas do estoma são dispendiosas devido aos recursos e conhecimentos especializados de que necessitam.

Atividades educativas e geradoras de rendimento: Muitos centros começaram a incorporar diferentes tipos de terapia ocupacional, como aulas de alfabetização e numeracia, artes e ofícios apropriados e outras competências, que podem ser utilizados para gerar um rendimento pela paciente quando regressa a casa, bem como para a instalação de tratamento durante o respetivo tratamento. Estas atividades não só fazem um bom uso da estadia hospitalar das pacientes, como também são benéficas para a saúde mental, o desenvolvimento e o bem-estar económico pessoal das mesmas, ajudando-as também a desenvolver novas relações. Existem muitas organizações não governamentais que trabalham na comunidade com pacientes com fístula para ajudar na respetiva reintegração, no apoio psicológico prestado e no trabalho desenvolvido em rede no sentido de encontrar pacientes que necessitem de tratamento médico.

Manter os serviços da unidade de tratamento

Administração e finanças

Uma gestão administrativa minuciosa por parte do hospital desempenha um papel fundamental na prestação e manutenção de serviços rentáveis e de alta qualidade. O pessoal administrativo precisa de trabalhar em estreita colaboração com a equipa médica para, em conjunto, desenvolverem estruturas de forma cuidadosa e estratégica e garantirem a disponibilidade de materiais para prestação dos melhores cuidados possíveis, colocando sempre as necessidades das pacientes em primeiro lugar. Toda a equipa deve trabalhar para a existência de relações de trabalho positivas e de confiança, tornando a prestação de serviços de fístula holísticos uma realidade.

À medida que a instalação é desenvolvida, é provável que a necessidade de financiamento aumente para cobrir os custos operacionais. Uma boa reputação e a preservação de relações de excelência com os doadores pode contribuir para um financiamento fiável e de longo prazo, ou até mesmo para o reforço do financiamento existente. É imperativo ganhar a confiança dos doadores, trabalhar de uma forma transparente, responsável e fiável, e satisfazer as exigências dos doadores. Alguns centros têm também conseguido complementar os custos operacionais através da venda de artesanato feito pelas pacientes.

Melhoria dos serviços e desenvolvimento do pessoal

A auditoria e investigação contínuas ajudarão a refinar e melhorar os serviços, além de que a partilha de conhecimentos com instalações semelhantes pode também ser muito benéfica. Deve ser dada a oportunidade de desenvolvimento profissional ao pessoal das instalações, o que pode ser facilitado através de ações de educação médica contínua, orientação, participação em conferências, bem como organização e participação em workshops.

Mobilização, sensibilização e divulgação junto da paciente

À medida que uma instalação se desenvolve e se estabelece, é provável que o número de pacientes aumente, devendo os serviços ajustar-se em conformidade para satisfazer a procura crescente, o que pode incluir a oferta de cirurgias mais complexas. Ao mesmo tempo, para assegurar atividades contínuas, será também necessário implementar um programa ativo de sensibilização e divulgação

para ajudar a localizar e reencaminhar pacientes e, dependendo das necessidades locais, as equipas de divulgação poderão ter de ir ainda mais longe com o passar do tempo. Várias abordagens inovadoras⁹¹ que visavam alcançar as mulheres com fístula revelaram-se muito eficazes, incluindo o envolvimento de pacientes previamente tratadas como embaixadoras, a educação, o envolvimento de líderes comunitários locais/religiosos e a utilização de tecnologia, incluindo telemóveis e a rádio. As redes locais, regionais e nacionais podem também ter condições para oferecer orientação e assistência, pelo que a colaboração dos parceiros é fundamental.⁹²

Tornar-se um Centro de Formação da FIGO

Uma vez estabelecida a instalação de tratamento com cirurgiões e pessoal altamente qualificados, um elevado número de casos de pacientes e um financiamento fiável, pode ser considerada a opção de se tornar um centro de formação da FIGO. Os pré-requisitos incluem a necessidade de as instalações efetuarem, pelo menos, 300 cirurgias de reparação de fístulas por ano, a ala/unidade ser dirigida por um cirurgião de fístulas a tempo inteiro, este ser um Formador da FIGO (ou se submeter a acreditação para se tornar um Formador da FIGO), o pessoal estar recetivo a implementar as mudanças necessárias para se tornar um centro de formação, bem como os cirurgiões e equipas estarem empenhados e aptos a realizar formações. Como existe uma enorme carência de centros de formação de qualidade em todo o mundo, a FIGO fornece apoio às instalações que estejam interessadas em se tornar centros de formação e aos cirurgiões que queiram ser formadores.

Tarefa opcional – Desenvolvimento de proposta para instalação de tratamento de fístulas

Desenvolva uma proposta de financiamento e/ou um plano⁹³ de negócios para a construção de uma futura instalação de tratamento de fístulas, tendo em conta os pontos abordados neste módulo. Discuta o plano com um formador/cirurgião especialista em fístulas para obter feedback e sugestões.

⁹¹ A.R. Seim, *et al.* Pilot Community-Mobilization Program Reduces Maternal and Perinatal Mortality and Prevents Obstetric Fistula in Niger. *Int J Gynecol Obstet* (2014); Wegner, *et al.* Improving Community Knowledge of Obstetric Fistula Prevention and Treatment; Comprehensive Community-Based Rehabilitation in Tanzania. Towards a Fistula-Free Generation.

⁹² Slinger and Trautvetter. Addressing the Fistula Treatment Gap and Rising to the 2030 Challenge.

⁹³ É possível encontrar um modelo no Centro de Recursos de Fístulas da FIGO (www.figo.org/fistula-resources).

4. Complicações da cirurgia de fístula

Como acontece em qualquer tipo de cirurgia, existem várias complicações intraoperatórias a considerar durante as diferentes fases da cirurgia de fístula, bem como durante o período pós-operatório imediato e tardio. Em seguida, é apresentada uma visão geral das principais complicações, divididas em períodos intraoperatórios, pós-operatórios imediatos e pós-operatórios tardios, indicadas por ordem alfabética.

4.1. Complicações intraoperatórias

Complicações decorrentes da anestesia: Por norma, a hipotensão é transitória e pode ser corrigida com fluidos ou vasopressores intravenosos. Em casos raros, a paciente acabará por desenvolver um bloqueio espinal ascendente. Se a paciente tiver uma paragem respiratória, é necessária ventilação até que a respiração seja retomada.

Contaminação pelo conteúdo intestinal: Esta situação é razoavelmente comum e pode ser prevenida com uma preparação adequada do intestino. A maioria dos cirurgiões prefere manter as pacientes em jejum a partir da meia-noite na noite anterior à operação. Existem várias opções de preparação intestinal para fístulas retovaginais e lacerações perineais.⁹⁴ Mais frequentemente, a paciente é sujeita a uma dieta apenas líquida na véspera da operação, com enemas de água de manhã e à noite no dia anterior à cirurgia. Apesar desta preparação, a contaminação fecal continua a ser uma possibilidade. Por vezes, é necessário interromper a operação e realizar um enema para limpar o intestino. Se este for o caso, o campo operatório deve ser completamente irrigado e lavado com uma solução antisséptica. Em alguns casos, a cirurgia poderá ter de ser adiada para garantir uma preparação adequada do intestino.

Hemorragia: A hemorragia é um risco potencial em qualquer operação, mas pode ser minimizado infiltrando o local da operação com uma mistura de adrenalina e lidocaína antes do início da operação. Se disponível, também é possível utilizar ácido tranexâmico. É importante prestar atenção a eventuais pontos de hemorragia arterial, amarrando-os devidamente. Quando a vagina é operada, uma sutura em forma de 8 é a mais segura, sendo, por vezes, necessário introduzir um tampão firme na vagina para abrandar a hemorragia. Por norma, o tampão é feito de gaze impregnada de iodo ou vaselina e, em alguns casos, de adrenalina. Não deve colar e deve ser suficientemente firme para reduzir a hemorragia, mas não demasiado firme ao ponto de causar dor ou danos nos tecidos.

Lesão iatrogénica: Como é bastante fácil danificar os órgãos adjacentes, os cirurgiões devem ter sempre consciência da localização operatória, em particular no que diz respeito aos ureteres, ao intestino e à bexiga. Podem ocorrer lesões acidentais no uréter e na bexiga durante a disseção. É extremamente importante reconhecer quando é que uma determinada lesão ocorre e repará-la de imediato durante o procedimento, sempre que possível.

⁹⁴ M. Breen. *Manual of Obstetric Fistula Surgery*. Carlisle: The Foundation for the Global Library of Women's Medicine (2019).

4.2. Complicações pós-operatórias imediatas

Anúria: Para prevenir a anúria, certifique-se de que os ureteres são identificados no momento da operação. A laqueação ou inclusão do uréter na linha de sutura pode conduzir a uma obstrução ureteral. Se os orifícios ureterais estiverem a menos de 2 cm da margem da fístula, devem ser sujeitos a cateterismo com cateteres ureterais durante a operação para reduzir o risco de lesão. Se não houver drenagem de urina através do cateter de Foley e os ureteres não tiverem sido sujeitos a cateterismo (e a paciente não estiver em choque), administre furosemida e aumente os fluidos intravenosos. Se ainda assim não houver sinais de urina, a paciente deve voltar rapidamente para o bloco operatório para que o cirurgião desfaça a reparação, após o que a urina deve começar a fluir novamente e a paciente pode ser considerada como estando fora de perigo. Nesse momento, deve ser tomada a decisão de não avançar com a operação nesta fase, caso em que a paciente pode voltar para a enfermaria, ou avançar com a operação após cateterismo dos ureteres.

É muito importante verificar se a paciente não está em estado de choque. Esta deve ser a primeira causa potencial de anúria a excluir quando uma paciente é revista e, se estiver presente, deve ser corrigida urgentemente através de medidas convencionais.

A paciente deve também receber líquidos adequados nos períodos intraoperatório e pós-operatório para garantir um débito urinário adequado. É fundamental verificar se os cateteres não estão bloqueados. Isto é menos importante para os cateteres ureterais, uma vez que a urina passa, muitas vezes, à volta dos mesmos, ao longo do ureter, mas é muito importante garantir que o cateter de Foley não está bloqueado. Isto não só causa grande desconforto no caso de uma bexiga cheia, como a pressão pode danificar a reparação da fístula.

Cateter bloqueado da bexiga: Trata-se de uma emergência, uma vez que a bexiga pode encher rapidamente, distender demasiado e, como resultado, romper a reparação da fístula. Verifique regularmente se o cateter uretral está a drenar bem, se a sonda não está dobrada e se o saco/recipiente de recolha de urina está abaixo do nível da bexiga para que o cateter possa drenar corretamente. Se ocorrerem sinais de bloqueio, irrigue imediatamente o cateter com 10–20 mL de líquido estéril para expelir qualquer fonte de bloqueio. Deverá ter o máximo cuidado para não distender demasiado a bexiga durante o procedimento. Em alternativa, substitua imediatamente o cateter.

Complicações decorrentes da anestesia: As cefaleias espinais são comuns e podem ser tratadas deitando a paciente numa superfície plana e administrando analgesia, um adesivo de sangue epidural e cafeína (muitas pacientes sentem-se melhor depois de beberem uma chávena de chá). Em casos raros, com anestesia espinal, a paciente pode sofrer danos nervosos nos membros inferiores. Se isso acontecer, é importante identificar a causa, por exemplo hematoma, abscesso do canal vertebral ou lesão direta da medula espinal, caso em que a paciente deve ser rapidamente encaminhada para um especialista neurocirúrgico, se disponível.

Contaminação pelo conteúdo intestinal em 4.1 *Complicações intraoperatórias* (consulte a página 238).

Hematoma: Os hematomas podem ocorrer em qualquer parte do local da operação e podem ser prevenidos por uma hemostasia meticulosa durante a operação. Ainda assim, podem ocorrer. A maioria dos hematomas são autolimitados e são resolvidos a tempo. Se forem grandes, e certamente se aumentarem de tamanho, o hematoma terá de ser drenado e quaisquer pontos de hemorragia ativa terão de ser ligados ou coagulados.

Hematúria: Esta é talvez a complicação mais comum e pode ser evitada ao encerrar meticulosamente o músculo detrusor, não deixando nenhum ponto de hemorragia exposto da abertura muscular para a bexiga. Em caso de hematúria, esta pode ser tratada com uma boa irrigação da bexiga e uma elevada ingestão de líquido oral, por via intravenosa, se necessário. Lave o cateter com uma seringa de soro fisiológico (*consulte **Cateter bloqueado da bexiga** acima*) e recue para retirar eventuais coágulos. O ácido tranexâmico pode ajudar a reduzir a hemorragia.

Hemorragia: Para prevenir a hemorragia, preste cuidados meticulosos à hemostasia durante a operação.

- Se a hemorragia for leve e a paciente estiver hemodinamicamente estável, deve ser observada de perto.
- Se a hemorragia for moderada e a paciente estiver hemodinamicamente estável, examine a origem da hemorragia em boas condições de iluminação.
- Em caso de corrimento de sangue generalizado da vagina, coloque um tampão na vagina com/sem adrenalina.
- Em caso de hemorragia ativa, leve rapidamente a paciente de volta para o bloco operatório para investigar e resolver a origem da hemorragia.
- Se a hemorragia for intensa e a paciente estiver ou não hemodinamicamente estável, inicie medidas de ressuscitação e leve de imediato a paciente de volta para o bloco operatório, para evacuar coágulos e suturar eventuais pontos de hemorragia ativa.

A hemorragia secundária pode ocorrer mais de 24 horas e até 7 dias após a cirurgia, o que pode dever-se à erosão da infecção nos vasos sanguíneos. Por norma, esta situação é resolvida de forma conservadora, colocando um tampão na vagina e tratando a infecção, sendo que, em circunstâncias raras, é necessária a laqueação dos vasos sanguíneos afetados no bloco operatório.

Infeção: Para evitar infeções, utilize uma técnica asséptica, administre antibióticos profiláticos com indução anestésica e opere apenas em tecidos saudáveis durante a cirurgia. Para gerir eventuais infeções, proceda a esfregaços e culturas de secreções de feridas, bem como culturas de urina, realize exames à febre (hemograma, esfregaços e culturas, conforme apropriado), trate com antibióticos apropriados e limpe assepticamente as feridas operatórias. *Consulte também*

Perda (fecal): Ao reparar uma fístula vesicovaginal, existe o risco de uma eventual fístula retovaginal alta coexistente não ser detetada. Em caso de dúvida, deverá ser sempre efetuado um teste de coloração retal no bloco operatório. Se forem vistas bolhas de gás a entrar na vagina durante a operação, significa que é provável existir uma fístula retovaginal alta.

Perda (urinária): Pode resultar de uma falha da reparação, de uma condição em redor do cateter de Foley, de um uréter fora da bexiga ou de uma fístula não detetada. Um teste de coloração suave irá

revelar se existe alguma ruptura na fístula ou se a urina surge à volta do cateter. O tratamento adequado depende da causa. Em caso de falha da reparação, deixe o cateter de Foley no lugar por um período de tempo mais longo (ou seja, durante mais tempo do que os habituais 10–14 dias no pós-operatório). Para manter a urina longe do local de reparação da bexiga, alguns profissionais de saúde preferem cuidar das pacientes em posição de decúbito ventral nos dias do pós-operatório imediato. Se ocorrerem perdas de urina em redor do cateter de Foley, coloque sob observação, pois é provável que isto indique que a paciente terá uma incontinência de esforço após a remoção do cateter. Quaisquer outras causas significarão que a paciente terá de ser submetida a uma nova cirurgia. *Consulte também Incontinência uretral após remoção do cateter* abaixo e consulte 5.2. *Avaliação de resultados cirúrgicos (consulte a página 246).*

Trombose venosa profunda e embolia pulmonar: Estas são condições raras, mas necessitam de estratégias preventivas, como uma boa hidratação, fisioterapia no leito e mobilização pós-operatória precoce. Se a paciente for considerada como apresentando um risco elevado, considere a utilização de anticoagulantes e meias de compressão, se estiverem disponíveis.

4.3. Complicações pós-operatórias tardias

Apareunia: Ocorre quando a vagina está completamente ocluída com tecido cicatricial. Pode ser evitada através de reconstrução vaginal na primeira operação. Contudo, nos casos mais graves, a criação de uma neovagina completa a partir do peritónio ou cólon numa segunda operação pode ser a melhor opção.

Cálculos vesicais: Podem formar-se cálculos numa sutura dentro da bexiga. Para prevenir a formação de cálculos pós-operatórios, utilize suturas dissolvíveis, como ácido poliglicólico 2-0, coloque as suturas extramucosamente e incentive a uma elevada ingestão de líquidos. Para tratar os cálculos vesicais, esmague e remova cistoscopicamente, se possível. Caso contrário, realize uma cistotomia.

Dispareunia: A prevenção passa por cortar ou remover tecido cicatricial da vagina e implica uma boa cobertura da mucosa, a dilatação vaginal e uma lubrificação artificial. A utilização de um enxerto de Martius para prevenir a dispareunia está em debate.

Estenoses uretrais: A reparação meticulosa das fístulas uretrais irá reduzir a hipótese de uma paciente desenvolver estenoses uretrais. Caso ocorram, podem ser tratadas através do método de remoção/dilatação. As estenoses tendem a repetir-se, mas a repetição pode ser evitada ensinando a paciente a realizar um autocateterismo limpo, através do qual pode autodilatar a estenose 2–3 vezes por semana. Se a incontinência urinária persistir, um molde uretral (se disponível) fará com que a paciente se torne continente durante intervalos curtos e evitará que a estenose volte a ocorrer.

Estenoses vaginais: Estas podem ser evitadas através da remoção de tecido cicatricial durante a operação e de uma boa cobertura epitelial da lesão com rebordos vaginais e, por vezes, rebordos labiais, das virilhas e/ou dos glúteos (*consulte Reconstrução vaginal, página 149*). Trate as estenoses vaginais abrindo cirurgicamente a vagina com remoção do tecido cicatricial, bem como a dilatação vaginal após a operação

Falha da reparação: Pode ser prevenida com técnicas operatórias meticulosas e cuidados de enfermagem atentos. Em caso de suspeita, realize um teste de coloração para confirmar a falha e excluir a incontinência de esforço, que pode ser tão grave que a paciente sinta que a fístula continua a existir. Se uma falha for diagnosticada logo após a remoção do cateter, considere a possibilidade de reintroduzir o cateter e deixá-lo em drenagem prolongada, se isto ainda não tiver sido feito. Observe nos próximos 7 dias se a perda urinária está a diminuir através da vagina e a aumentar através do cateter de Foley. Se assim for, o cateter residente deve permanecer no lugar até deixarem de ocorrer perdas através da vagina. Quando não existirem mais perdas através da vagina, o cateter residente deve permanecer no lugar por mais 7 dias. Realize outro teste de coloração para confirmar o encerramento da reparação. Se, ao longo dos 7 dias iniciais, a humidade aumentar ou permanecer a mesma através da vagina e diminuir através do cateter de Foley, remova o cateter de Foley e conclua que existe uma falha da reparação. Pondere repetir a operação dentro de 3 meses e aconselhe a paciente, oferecendo apoio contínuo emocional e de higiene.

Hematometra: Pode ocorrer se a via de saída da menstruação estiver ocluída por cicatriz. Para evitar a hematometra, abra cirurgicamente a vagina/o colo uterino na operação, assegurando uma boa cobertura epitelial e colocando stents nos orifícios cervicais através de um cateter de Foley ou um dispositivo intrauterino com fios no canal cervical. Remova o stent após aproximadamente 2–4 semanas. Se a paciente não estiver a planear uma gravidez, a menstruação pode ser temporariamente, se não permanentemente, interrompida com recurso a diferentes métodos contraceptivos, como pílula contraceptiva contínua, progesterona injetável ou mesmo uma histerectomia, se solicitado.

Incontinência uretral após remoção do cateter de Foley

A incontinência uretral deve ser investigada e a causa identificada. As causas incluem:

- **Excesso de atividade dos detrusores:** Infelizmente, não existem métodos preventivos conhecidos. O tratamento recomendado inclui anticolinérgicos com treino da bexiga, embora os anticolinérgicos não tenham demonstrado ser eficazes para o excesso de atividade dos detrusores após a reparação da fístula. Caso não existam anticolinérgicos disponíveis, a paciente deve ser ensinada a treinar a bexiga (*consulte* Programa de bexiga e líquidos; página 251).
- **Incontinência de esforço:** Isto pode ser evitado mantendo o comprimento e a largura da uretra durante a reparação da fístula, apoiando a uretra danificada com um sling, através da refixação da fásia pubocervical ao arcus tendineus de ambos os lados da uretra e assegurando que a vagina é reparada sem tensão. A incontinência uretral é mais comum se o colo da bexiga e a uretra forem afetados pela lesão fistulosa. Os exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico devem ser ensinados a todas as pacientes, com particular atenção a quem sofre de incontinência de esforço. Se a incontinência urinária continuar, poderão ser necessários mais procedimentos reconstrutivos.
- **Retenção urinária com regurgitação:** A retenção urinária com regurgitação é mais comum após operações de incontinência de esforço do que após reparações de fístulas⁹⁵, não havendo métodos preventivos conhecidos. Se a retenção urinária com regurgitação não for tratada, pode

⁹⁵ Browning. Risk Factors for Developing Residual Urinary Incontinence after Obstetric Fistula Repair.

levar a uma estase urinária, cálculos vesicais, infecções do trato urinário e incontinência com regurgitação. Para tratar, ensine a realizar o autocateterismo intermitente limpo três vezes por dia até a paciente esvaziar por completo a bexiga ou até o volume residual ser inferior a 100 mL e representar menos de 50% em relação à quantidade expelida.⁹⁶

Infertilidade secundária/amenorreia: Pode ter várias causas. Para prevenir a criptomenorréia, certifique-se de que a vagina é mantida de forma patente com técnicas reconstrutivas vaginais, se necessário. Outras causas, como a síndrome de Sheehan, resultantes do choque contínuo durante o trabalho de parto prolongado, podem ser prevenidas com acesso precoce a cuidados obstétricos de emergência. Caso contrário, será necessário avançar com uma terapia de substituição hormonal permanente. A síndrome de Asherman pode resultar da presença de urina na cavidade uterina e/ou de infecções repetidas do endométrio. Pode ser tratada através de uma histeroscopia operatória para remover aderências uterinas e uma terapia hormonal sequencial com doses elevadas de estrogênio para prevenir novas formações de aderências e alimentar as frágeis criptas endometriais. A infertilidade/amenorreia também pode ser causada pelo baixo índice de massa corporal e, se assim for, a paciente deve ser incentivada e apoiada a aumentar o peso corporal.

⁹⁶ Alguns cirurgiões também procedem a um tratamento inicial reintroduzindo o cateter de Foley e instigando o treino da bexiga com o cateter de Foley e uma ponta. O cateter é bloqueado e libertado a cada 2 horas durante 2 dias (por norma, é deixado em drenagem livre durante a noite). Em seguida, o cateter é removido e o teste ao método de urinar é repetido. É necessário ser rigoroso com este procedimento, uma vez que é importante não distender demasiado a bexiga e assim correr o risco de romper a reparação. Existem poucas provas documentadas, mas a experiência mostra que esta técnica pode ser benéfica para pacientes com retenção urinária e regurgitação.

5. Cuidados pós-operatórios

5.1. Cuidados pós-operatórios

Os cuidados pós-operatórios meticulosos são essenciais para o bem-estar e os resultados cirúrgicos obtidos pelas pacientes com fístula.⁹⁷ Por conseguinte, é de extrema importância que os membros da equipa responsáveis por esta fase sejam devidamente competentes e conhecedores do processo de acompanhamento de pacientes com fístulas e das suas necessidades específicas. Deve ser dada especial atenção ao cateterismo e a testes de higiene, dieta e continência.

5.1.1. Cuidados pós-operatórios imediatos

- Registe os sinais vitais da paciente e monitorize o seu estado geral.
- Certifique-se de que são fornecidos os medicamentos antieméticos e analgésicos adequados no pós-operatório, conforme necessário. Normalmente, são suficientes medicamentos anti-inflamatórios não esteroides (AINE) e paracetamol. Contudo, por vezes podem ser adicionados narcóticos, especialmente se tiver sido realizada uma episiotomia ou cirurgia abdominal importante.

Tenha em atenção que os narcóticos causam obstipação, que deve ser evitada em pacientes com fístula retovaginal.

- Observe a paciente para detetar uma eventual hemorragia pós-operatória excessiva.
- Garanta a drenagem correta através do cateter da bexiga e certifique-se de que as sondas de ligação não estão torcidas, dobradas ou comprimidas.
- Permita uma hidratação suficiente da paciente através de fluidos intravenosos para garantir que a urina está completamente transparente em todos os momentos.
- Monitorize e registe a entrada e saída de fluidos.
- Monitorize e registe quaisquer sinais de incontinência urinária ou fecal, por exemplo, nos lençóis da cama da paciente.
- Proceda à lavagem vulvar (salpique ligeiramente com água limpa e seque com palmadinhas) de hora em hora, durante 8 horas, e conforme necessário.

5.1.2. Cuidados pós-operatórios subsequentes

- Continue a monitorizar os sinais vitais e o estado da paciente, conforme previsto e de acordo com os protocolos locais.
- Os fluidos intravenosos podem ser descontinuados quando a paciente tolerar fluidos mistos por via oral, geralmente nas primeiras 12–24 horas do pós-operatório.
- Faça a paciente movimentar-se desde o primeiro dia de pós-operatório.

⁹⁷ Campbell and Asiimwe. *Nursing Care For Women With Childbirth Injuries*.

- Se existir, remova o tampão vaginal 24–72 horas após a cirurgia, de acordo com a preferência do cirurgião.
- Realize uma lavagem vulvar diária (salpique ligeiramente com água limpa e seque com palmadinhas) após a remoção do tampão.

5.1.3. Cuidados pós-operatórios específicos para fístula vesicovaginal

Cateterismo e higiene: No pós-operatório, os cateteres ureterais podem ser deixados in situ durante 3–10 dias, dependendo da proximidade do orifício ureteral em relação à margem da fístula. O cateter de Foley deve permanecer colocado em drenagem livre durante 10–14 dias. Verifique diariamente se a paciente está "seca, a beber e a drenar", ou seja, se a cama está seca, a paciente está a beber água suficiente para garantir um fluxo de urina transparente e o cateter de Foley está a drenar devidamente e não está bloqueado. Assim que a paciente se movimentar, recomenda-se o uso de banhos de balde ou chuveiro, se possível, para manter a área vulvar limpa e seca.

Dieta: A paciente pode manter uma dieta normal no dia seguinte à operação, desde que esteja clinicamente bem para o fazer. Além disso, deve ser incentivada a continuar a beber líquidos orais suficientes para garantir que a urina apresenta sempre uma tonalidade clara.

5.1.4. Cuidados pós-operatórios específicos para fístula retovaginal

Cateterismo e higiene: No pós-operatório, o cateter de Foley deve permanecer colocado para uma drenagem livre. Se a paciente tiver sido sujeita a reparação de fístula vesicovaginal coexistente, o cateter deve ser mantido durante 10–14 dias, de acordo com o protocolo de fístula vesicovaginal. Se a paciente apresentar isoladamente uma fístula retovaginal, o cateter pode ser removido quando a paciente se puder mover, geralmente no dia seguinte. Remova o tampão vaginal ao mesmo tempo. Assim que a paciente se movimentar, recomenda-se o uso de banhos de balde ou chuveiro para manter a área vulvo-anal limpa e seca.

Dieta: É importante reduzir o risco de a paciente desenvolver obstipação e evitar empurrar com força fezes duras pela sutura, o que arriscaria danos nos tecidos em cicatrização e uma possível falha do procedimento. Após a operação, a paciente deve ser sujeita a reidratação intravenosa até tolerar fluidos mistos por via oral. No dia seguinte, pode ser iniciada uma dieta ligeira, que irá persistir por 6–7 dias, até à reintrodução de uma dieta normal. Para garantir que a paciente não fica obstipada, deve ser prescrito um laxante (por exemplo, bisacodil) no início da dieta leve, devendo a toma continuar por 1 semana. Se as fezes se tornarem demasiado líquidas, a toma do laxante deve ser interrompida.

5.1.5. Cuidados pós-operatórios específicos para reparação de fístula abdominal

- Se tiver sido efetuada uma laparotomia ou uma operação com anestesia geral, observe os sinais vitais da paciente a cada 30 minutos até ela estar completamente acordada. Subsequentemente, estas observações devem ser efetuadas de 4 em 4 horas.
- Os fluidos orais podem ser introduzidos no dia seguinte à cirurgia, de acordo com o estado da paciente.

- Para obter mais cuidados de rotina, consulte 5.1.1. *Cuidados pós-operatórios imediatos* (página 244).
- No primeiro dia e nos dias seguintes do período pós-operatório imediato, verifique o abdómen e se existe uma possível distensão e dor. Ouça os sons intestinais e pergunte se a mulher deixou passar flatos. Se assim for e se ouvir sons intestinais, a paciente pode começar a tomar fluidos orais. Continue com a toma de fluidos intravenosos durante mais 1 dia.
- Mobilize a paciente o mais depressa possível, normalmente no dia seguinte ao procedimento.
- No segundo dia do pós-operatório, se o estado da paciente for estável, os fluidos intravenosos podem ser descontinuados e uma dieta leve pode ser iniciada, de acordo com o protocolo do hospital.
- Continue a monitorizar os sinais vitais e o estado da paciente, conforme previsto e de acordo com os protocolos locais.

5.2. Avaliação de resultados cirúrgicos

Após a cirurgia, é extremamente importante avaliar meticulosamente os resultados da reparação através de um protocolo padronizado baseado em provas e práticas recomendadas de cirurgiões especialistas em fístulas, conforme apresentado nesta secção. A avaliação exata dos resultados é um componente vital dos cuidados pós-operatórios para garantir que, após a cirurgia, os casos que representam desafios contínuos, incluindo os casos com incontinência persistente ou falha da reparação, recebem um diagnóstico correto e atempado, bem como um tratamento apropriado e de alta qualidade.

A existência de uma documentação cuidadosa desempenha um papel fundamental neste processo, tal como a preservação de uma relação paciente-médico de confiança, na qual a paciente se sente capaz de expressar quaisquer preocupações ou questões não resolvidas que, de outra forma, podem ser difíceis de observar. É essencial ter cautela ao avaliar os resultados cirúrgicos, uma vez que as pacientes podem não dar uma resposta precisa quando são questionadas em matéria de incontinência. Este pode ser o caso, porque desejam agradar ao pessoal médico com uma resposta positiva, especialmente se o tratamento tiver sido gratuito. Por conseguinte, é crucial avaliar clínica e objetivamente todas as pacientes, em vez de confiar apenas nas respostas dadas.

A determinação dos resultados da cirurgia deve incluir uma avaliação sobre o encerramento bem-sucedido da fístula e a confirmação de continência da paciente. Os resultados podem ser amplamente classificados como:

- Fístula encerrada e continência da paciente.
- Fístula encerrada e incontinência da paciente.
- Fístula não encerrada e incontinência da paciente.

5.2.1. Avaliação dos resultados após reparação de fístula vesicovaginal

Para padronizar as práticas recomendadas em matéria de avaliação dos resultados cirúrgicos após uma reparação da fístula vesicovaginal, o Grupo Consultivo de Especialistas da FIGO, composto por

cirurgiões de fístulas, e a equipa da Iniciativa de Formação em Cirurgia de Fístula da FIGO desenvolveram o protocolo abaixo, bem como o fluxograma que o acompanha na página 249.⁹⁸

A reparação de uma fístula vesicovaginal pode ser confirmada como bem-sucedida, ou seja, fístula encerrada e continência da paciente, se:

- ✓ O **teste de coloração for negativo** antes da remoção do cateter de Foley (normalmente, 10-14 dias no pós-operatório).
- ✓ Após a remoção do cateter de Foley, o **volume residual de urina após a micção for inferior a 100 mL e representar menos do que 50% da quantidade expelida**.
- ✓ O **penso estiver seco** no dia seguinte à remoção do cateter de Foley.

Realização de teste de coloração

Realize um teste de coloração (*consulte* Teste de coloração para fístula vesicovaginal; página 17) 10–14 dias no pós-operatório, antes de remover o cateter de Foley.

- Se o teste de coloração for positivo, **deixe** o cateter de Foley no local por **mais 7 dias**. Durante este período, **observe** se a paciente apresenta perdas de urina enquanto caminha, se senta e/ou se deita na cama. **Pondere** cuidar da paciente em posição de decúbito ventral enquanto esta estiver na cama.
 - Se não houver humidade, **deixe** o cateter de Foley no lugar até a paciente ficar seca durante **7 dias**. Se a humidade diminuir, **pondere deixar** o cateter de Foley no lugar até 4 semanas, até a paciente ficar seca. Em seguida, **mantenha-o** in situ por **mais 7 dias**. Depois de a paciente estar seca durante 7 dias com o cateter de Foley no local, repita o teste de coloração.
 - Se a humidade aumentar ou permanecer na mesma e a quantidade de urina no saco/recipiente de drenagem diminuir ou permanecer na mesma, é pouco provável que a fístula encerre com um novo cateterismo da bexiga. **Remova** o cateter de Foley.
 - ❖ **Resultado: Conclua que a fístula não foi encerrada/reparada e que a paciente está incontinente de urina.** Como a reparação não foi bem-sucedida, é necessário **agendar** a repetição da operação, normalmente no prazo de 3 meses. Uma reparação malsucedida pode ser muito dececionante para a paciente. As pacientes devem, por isso, ser **cuidadosamente aconselhadas**, com higiene adequada e apoio emocional contínuo.
- Se o teste de coloração for negativo, **remova** o cateter de Foley e **meça** o volume residual após a micção.

Medir o volume residual após a micção

Peça à paciente para beber líquidos suficientes para garantir que a urina apresenta uma tonalidade clara. Durante as próximas 24–48 horas, **meça e registre** 3 vezes o volume expelido pela paciente e o volume residual de urina após a micção (mesmo que a paciente esteja molhada). Se o volume

⁹⁸ O fluxograma está disponível para download em vários formatos no Centro de Recursos da FIGO (www.figo.org/fistula-resources), para que possa ser apresentado e consultado em contextos clínicos de unidades de tratamento de fístulas.

residual estiver no limite e não se enquadrar nas categorias abaixo, a paciente deve continuar a medir o volume residual mais algumas vezes.

- Se o volume residual após a micção for superior a 100 mL ou superior a 50% da quantidade expelida:
 - ❖ **Resultado: Conclua que a fístula foi encerrada, mas a paciente tem retenção urinária. Ensine** a realizar o autocateterismo intermitente limpo 3 vezes por dia até a paciente esvaziar por completo a bexiga ou até o volume residual ser inferior a 100 mL e representar menos de 50% em relação à quantidade expelida. Neste momento, **realize** um pad-test.
- Se o volume residual após a micção for inferior a 100 mL e inferior a 50% da quantidade expelida:
 - o No dia seguinte à remoção do cateter de Foley, **realize** um pad-test.

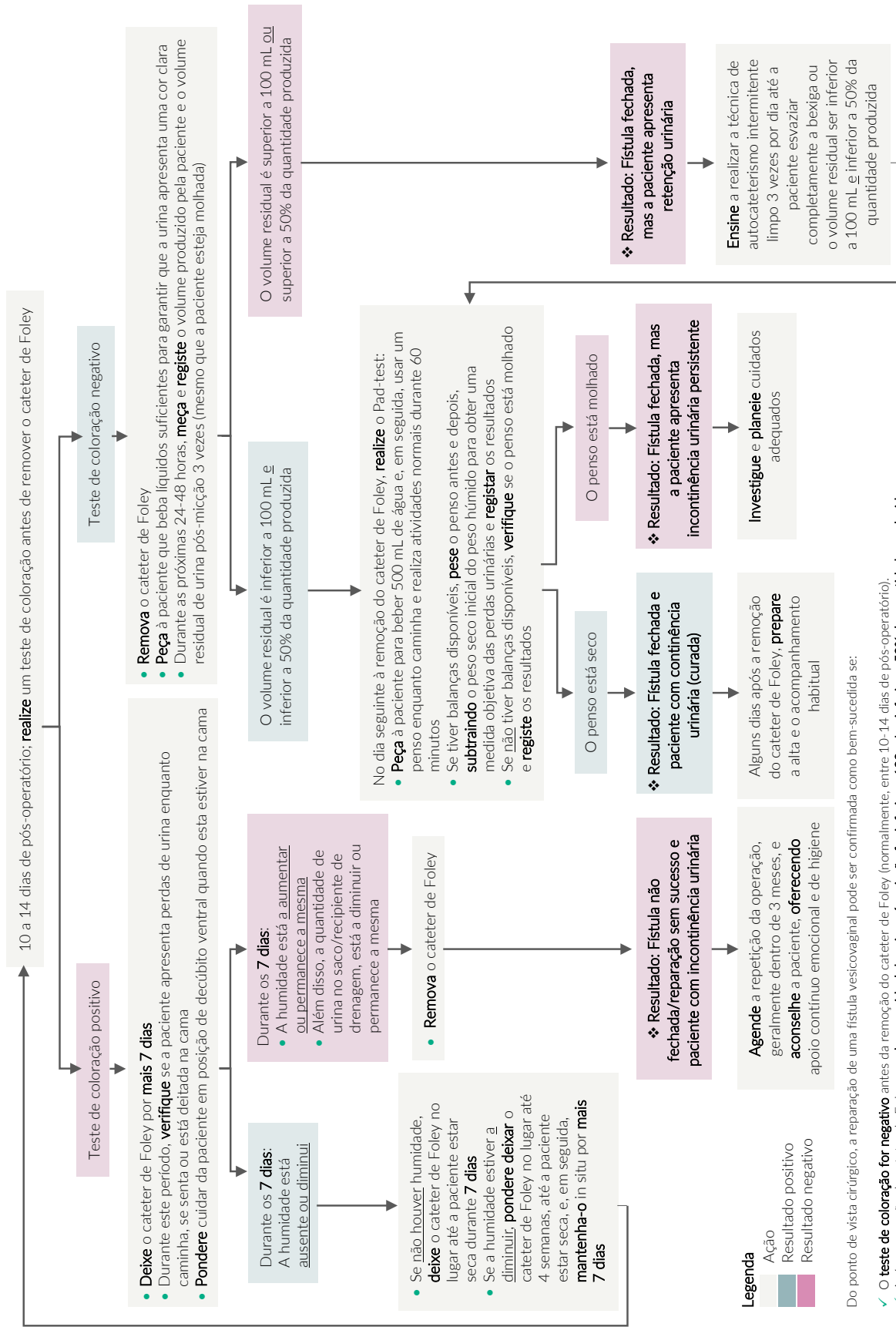
Realização de um pad-test

Trata-se de uma técnica padronizada útil para obter uma avaliação e uma medição objetivas das perdas urinárias.

Peça à paciente para beber 500 mL de água e, em seguida, usar um penso enquanto caminha e faz atividades normais durante 60 minutos. Se existir uma balança de cozinha simples disponível, **pese** o penso antes e depois, **subtraindo** o peso seco inicial do peso húmido. Se não existir nenhuma balança disponível, **verifique** se o penso está molhado. **Certifique-se** de que todos os resultados são registados.

- Se o penso estiver húmido:
 - ❖ **Resultado: Conclua que a fístula foi encerrada, mas a paciente tem incontinência urinária persistente. Investigue e planeie** um tratamento adequado.
- Se o penso estiver seco:
 - ❖ **Resultado: Conclua que a fístula foi encerrada e que a paciente está continente no que toca à urina (curada).** Alguns dias após a remoção do cateter de Foley, **providencie** a alta e o acompanhamento habitual, desde que não existam contraindicações médicas.

Avaliação dos resultados após reparação de fístula vesicovaginal



Legenda

- Ação
- Resultado positivo
- Resultado negativo

Do ponto de vista cirúrgico, a reparação de uma fístula vesicovaginal pode ser confirmada como bem-sucedida se:

- O teste de coloração for negativo antes da remoção do cateter de Foley (normalmente, entre 10-14 dias de pós-operatório).
- Após a remoção do cateter de Foley, o volume residual de urina pós-micção for inferior a 100 mL e inferior a 50% da quantidade produzida.
- O penso estiver seco no dia seguinte à remoção do cateter de Foley.

5.2.2. Avaliação dos resultados após reparação de fístula retovaginal

No caso de a paciente ter uma fístula vesicovaginal coexistente, os resultados devem ser avaliados após a remoção do cateter de Foley, 10–14 dias após a cirurgia. No caso de a paciente ter uma fístula retovaginal isolada, os resultados da reparação devem ser avaliados uma vez que consiga obrar normalmente, 4–5 dias após a cirurgia. Após a cirurgia de fístula retovaginal, a paciente deve ser interrogada e examinada em relação a qualquer incontinência intestinal. Por norma, a presença de fezes na vagina é suficiente para confirmar a existência de uma fístula retovaginal. Em caso de dúvida, deve ser realizado um teste de coloração retal (*consulte* Teste de Coloração para Fístula Retovaginal; página 18). Como a maioria das pacientes com fístula retovaginal tem uma fístula vesicovaginal coexistente, esta avaliação costuma ser adiada até à remoção do cateter de Foley, para que a fístula retovaginal e a fístula vesicovaginal possam ser avaliadas em conjunto. Contudo, se a paciente se queixar da passagem de fezes pela vagina antes da remoção do cateter de Foley, pode ser realizado um exame suave mais cedo.

5.3. Fisioterapia para incontinência persistente

Incontinência urinária persistente

Apesar de um encerramento bem-sucedido da fístula, dependendo da natureza e extensão da lesão original, estima-se que 15%–33% das mulheres continuarão a ter graus variáveis de incontinência urinária no pós-operatório.⁹⁹ A fisioterapia pode reduzir ou mesmo curar esta situação.¹⁰⁰ A identificação da causa da incontinência persistente indicará o curso de tratamento mais adequado. Os tipos mais comuns são:¹⁰¹

- Incontinência de esforço causada pelo aumento da pressão sobre a bexiga (por exemplo, tosse, riso, exercício ou levantamento).
- Urgência e incontinência de urgência causada por uma bexiga hiperativa, que normalmente é acompanhada pela frequência urinária.
- Uma combinação de incontinência de esforço e incontinência de urgência.
- Incontinência com regurgitação causada pela retenção de urina.

A fisioterapia para casos de incontinência persistente é suscetível de incluir exercícios regulares de fortalecimento do pavimento pélvico¹⁰² e/ou um programa de reeducação da bexiga. Este último, "treino da bexiga", é utilizado para aumentar gradualmente o volume de uma bexiga pequena e/ou cicatrizada, para que a paciente consiga reter urina em maiores quantidades e por períodos de

⁹⁹ Keyser and McKinney. *Implementing Physical Rehabilitation Services into Comprehensive Fistula and Maternity Care: A Training Guide for Health Care Workers*. 45.

¹⁰⁰ L. Keyser, J. McKinney, C. Salmon, C. Furaha, R. Kinsindja, N. Benfield. Analysis of a Pilot Program to Implement Physical Therapy for Women with Gynecologic Fistula in the Democratic Republic of Congo. *Int J Gynecol Obstet* (2014); Y.J. Castille, C. Avocetien, D. Zaongo, J.M. Colas, J.O. Peabody, C.H. Rochat CH. Impact of a Program of Physiotherapy and Health Education on the Outcome of Obstetric Fistula Surgery. *Int J Gynecol Obstet* (2014).

¹⁰¹ Lewis and de Bernis. *Obstetric Fistula: Guiding Principles for Clinical Management and Programme Development Documents*.

¹⁰² Keyser and McKinney. *Implementing Physical Rehabilitation Services into Comprehensive Fistula and Maternity Care: A Training Guide for Health Care Workers*. 106–19.

tempo mais longos, sem desconforto ou perdas, antes de deixar passar urina. É também a primeira linha de tratamento conservador para situações de urgência e incontinência de urgência.

Keyser e McKinney¹⁰³ recomendam que todas as pacientes sejam colocadas num programa de bexiga e líquidos após a remoção do cateter, embora seja importante adequar isto às necessidades de cada paciente.

Programa de bexiga e líquidos

Tabela 1. *Implementing Physical Rehabilitation Services into Comprehensive Fistula and Maternity Care: A Training Guide for Health Care Workers.*¹⁰⁴

Micções temporizadas ou planeadas (micção temporizada)
<p>Um programa de micções pode ser benéfico para pacientes com situações de urgência, para casos de aumento/diminuição da frequência urinária e para aqueles que não têm uma vontade regular de urinar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Imediatamente após a remoção do cateter, a paciente deve utilizar a sanita de hora a hora, mesmo que não tenha vontade de o fazer. Este regime não precisa de ser continuado à noite, a menos que a paciente tenha vontade de urinar. • Passados 5–7 dias, os tempos de micção devem ser aumentados em 15 minutos a cada semana, ou seja, semana 1 = 60 minutos, semana 2 = 75 minutos, semana 3 = 90 minutos. • Ao fazer isto, a paciente pode treinar a micção a cada 2–4 horas.
Programa de líquidos
<ul style="list-style-type: none"> • É importante que as pacientes se mantenham hidratadas e bebam água ou líquidos suficientes regularmente ao longo do dia. As pacientes devem registar o seu consumo de água e, muitas vezes, são aconselhadas a beber 2–3 litros de água por dia ou 250 mL por hora.¹⁰⁵ • O programa de líquidos pode ser cronometrado de acordo com o horário de micções, incentivando as pacientes a beber um copo de água após a ida à casa de banho. • As pacientes devem diminuir a ingestão de água 2 horas antes de irem dormir para evitar enurese noturna ou noctúria.
Tripla micção
<p>Esta técnica pode ajudar as pacientes com micção incompleta ou residual restante na bexiga depois de urinarem.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quando as pacientes têm vontade de urinar, são aconselhadas a tentar esvaziar a bexiga três vezes no espaço de 10–15 minutos. Depois de esvaziarem inicialmente a bexiga ao máximo, as pacientes devem movimentar-se e tentar esvaziar novamente após 3–5 minutos. Devem depois repetir o processo uma terceira vez.

¹⁰³ Keyser e McKinney. *Implementing Physical Rehabilitation Services into Comprehensive Fistula and Maternity Care: A Training Guide for Health Care Workers.* 102–3.

¹⁰⁴ Keyser and McKinney. *Implementing Physical Rehabilitation Services into Comprehensive Fistula and Maternity Care: A Training Guide for Health Care Workers.* 102–3.

¹⁰⁵ A FIGO recomenda que a paciente beba líquidos suficientes para garantir que a urina apresenta sempre uma tonalidade clara.

Incontinência fecal persistente

A incontinência fecal contínua após a cirurgia pode dever-se a um esfíncter anal interno deficiente, que pode ser difícil de tratar, pelo que as pacientes beneficiam de uma abordagem multidisciplinar, incluindo fisioterapeutas, dietistas e ginecologistas. No entanto, se não for possível beneficiar desta equipa, a mudança de tarefas entre o pessoal existente pode ser muito benéfica, por exemplo, formando os enfermeiros na reabilitação do pavimento pélvico. Geralmente, o tratamento deve incluir exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico¹⁰⁶ e manejo da dor. A manipulação dietética para aumentar as fezes também pode contribuir para reduzir a incontinência fecal persistente, mas isto só deve ser feito depois de os tecidos cicatrizarem, idealmente 3 meses após a reparação.

5.4. Aconselhamento antes da alta

O período em torno da alta é uma fase crucial no percurso de recuperação de uma paciente com fístula. Para além da realização de todos os controlos de saúde pós-operatórios necessários para garantir que a paciente está pronta para receber alta, deve ser oferecido um aconselhamento abrangente para garantir uma transição bem-sucedida, incluindo autocuidados ao sair do hospital, planeamento familiar e acompanhamento.

A informação e o aconselhamento devem ser cuidadosamente comunicados a todas as pacientes e aos respetivos acompanhantes (conforme o caso) e são particularmente importantes para quem teve uma fístula obstétrica. Este momento deve também ser utilizado para planear consultas de acompanhamento. Os tópicos abaixo devem ser exaustivamente abordados em conversas mantidas com a paciente antes de receber alta e devem ser adaptados de acordo com a lesão, o tipo e a etiologia da fístula ou outras cirurgias reconstrutivas descritas neste manual.

Autocuidados

- Para pacientes que tiveram uma fístula vesicovaginal, para assegurar a ingestão adequada de líquidos por forma a garantir que a urina continua a apresentar uma tonalidade clara em todos os momentos e que as pacientes urinam com frequência, ou conforme recomendado no caso de seguirem um regime de treino da bexiga.
- No caso de pacientes que tenham tido uma fístula retovaginal ou uma laceração perineal, garanta uma dieta adequada para evitar a obstipação e o esforço de empurrar com força fezes duras para além da reparação, em especial nos primeiros 3 meses enquanto os tecidos cicatrizam. Se necessário, tomar um laxante (bisacodil), conforme prescrito. Tenha em conta que este conselho poderá ter necessidade de ser ajustado para pacientes com incontinência fecal persistente.
- Continue as atividades de fisioterapia recomendadas, incluindo reabilitação motora, deambulação, treino da bexiga e exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico, conforme as instruções.
- Evite levantamentos pesados e trabalhos pesados durante 3 meses.

¹⁰⁶ Keyser and McKinney. *Implementing Physical Rehabilitation Services into Comprehensive Fistula and Maternity Care: A Training Guide for Health Care Workers*. 106–19.

- Abstenha-se de relações sexuais durante 3–6 meses para evitar falhas da reparação e, idealmente, evite engravidar durante 1 ano (se a paciente não tiver tido uma histerectomia e não estiver na pós-menopausa).
- Ocorrência e tratamento de problemas sexuais, por exemplo, cicatrização vaginal.
- Como evitar o desenvolvimento de uma fístula obstétrica subsequente.

Planeamento familiar, gravidezes futuras e fertilidade (para pacientes que não tiveram uma histerectomia e não estiverem na pós-menopausa)

- Informação sobre planeamento familiar e oferta de um método de contraceção adequado.
- Informação sobre uma possível infertilidade na sequência da fístula.

Para todas as mulheres que continuem a ter ou tenham tido uma fístula obstétrica (quer a reparação tenha sido bem-sucedida, parcialmente bem-sucedida, sem sucesso ou se não tiver sido feita nenhuma reparação), para assegurar o parto por cesariana eletiva em todas as gravidezes subsequentes.

Comunicação e apoio

- Os detalhes de contacto da instalação de reparação (e/ou dos membros-chave do pessoal) devem ser periodicamente dados às pacientes no caso de surgirem incontinências posteriores, problemas pós-operatórios ou gravidezes futuras.
- Os detalhes de contacto para apoio e aconselhamento adicionais devem ser sempre fornecidos no caso de ser necessário apoio emocional e social adicional.
- Algumas instalações podem discutir se a paciente terá interesse em promover a sensibilização sobre fístulas obstétricas na sua comunidade para prevenir e/ou ajudar outras mulheres com a condição, encaminhando-as para centros de tratamento apropriados.

Consultas de acompanhamento e viagem até casa

- As consultas de acompanhamento devem ser marcadas aos 3, 6 e 12 meses de pós-operatório e claramente explicadas à paciente antes da alta.
- A importância de manter as consultas de acompanhamento deve ser realçada e todas as barreiras que possam afetar o acompanhamento devem ser devidamente abordadas, por exemplo, fornecendo apoio financeiro para viagens de e para o hospital.

Após a cirurgia, muitas instalações também disponibilizam transporte para as pacientes regressarem a casa sem custos adicionais. É extremamente importante que a paciente seja aconselhada a solicitar paragens regulares para ir à casa de banho a caminho de casa, a fim de evitar uma distensão excessiva da bexiga e uma possível falha da reparação da fístula vesicovaginal.

- Todos os detalhes operatórios e pós-operatórios devem ser registados num cartão de alta, que a paciente deve manter em segurança e apresentar às equipas de saúde em todas as gravidezes futuras.

6. Auditoria e investigação

Este capítulo fornece informações sobre os principais componentes necessários para a realização de uma auditoria clínica e uma investigação sólida. A auditoria clínica é agora obrigatória em muitos contextos e a investigação, embora seja opcional, pode contribuir para a base de provas existente e para o avanço da prática clínica.

6.1. Auditoria

A auditoria clínica é um aspeto essencial da boa governação clínica no que respeita à melhoria e manutenção de padrões clínicos elevados e à segurança das pacientes. A auditoria clínica deve constituir uma parte intrínseca da atividade clínica, devendo ser conduzida em intervalos regulares para monitorizar a prática e o desempenho clínicos. Recentemente, as boas práticas de auditoria clínica passaram de uma perspetiva centrada puramente na profissão para uma abordagem centrada nas pacientes. Como tal, as auditorias clínicas visam melhorar a qualidade dos cuidados prestados e dos resultados obtidos pelas pacientes, através da revisão sistemática do padrão de cuidados relativamente aos critérios acordados e, conseqüentemente, através da implementação de mudanças na prática clínica.¹⁰⁷

As auditorias clínicas devem seguir um processo sistemático,¹⁰⁸ mas podem variar em função da localização, da terminologia e dos passos envolvidos. As cinco fases-chave são descritas a seguir.



Figura 77. Passos cronológicos envolvidos numa auditoria clínica sistemática.

¹⁰⁷ National Institute for Clinical Excellence. *Principles for Best Practice in Clinical Audit*. Abingdon: Radcliffe Medical Press (2002).

¹⁰⁸ National Institute for Clinical Excellence. *Principles for Best Practice in Clinical Audit*. Abingdon: Radcliffe Medical Press (2002).

1. Preparação para a auditoria: O primeiro passo consiste em identificar um problema que necessite de melhorias. As reclamações ou os incidentes críticos existentes podem ser úteis para ajudar a identificar problemas. A manutenção de registos clínicos minuciosos e honestos ajudará neste processo.

2. Seleção de critérios: Os critérios de auditoria estabelecem resultados mensuráveis e as normas prescrevem o nível de cuidados que cada critério de auditoria deve cumprir. Tanto os critérios como as normas de auditoria devem ser sempre objetivos, definidos com antecedência, baseados nas melhores provas disponíveis e exequíveis em relação ao contexto local.¹⁰⁹

3. Medição do desempenho: É essencial identificar claramente as fontes de informação, as técnicas de recolha de dados e os participantes (por exemplo, pacientes e profissionais de saúde) necessários para estabelecer com precisão os padrões atuais. A informação recolhida deve abranger um período de tempo razoável, para que os padrões possam ser identificados e monitorizados. A ética e a confidencialidade das pacientes devem ser respeitadas ao longo de todo o processo de recolha de dados. É importante analisar os dados recolhidos e comparar o desempenho com os critérios e normas pré-identificados. A comparação permitirá identificar áreas de melhoria ao nível dos cuidados e resultados clínicos e deverá orientar a implementação de eventuais alterações.

4. Introdução de melhorias: Será necessário desenvolver um plano de ação para implementar as alterações necessárias, devendo ser orientado para os resultados, limitado no tempo, realista e objetivo. É uma boa prática que o plano de ação seja acordado a todos os níveis antes de ser assinado e implementado.

5. Melhorias duradouras: É essencial garantir que todas as melhorias são sustentadas, pelo que as auditorias clínicas devem incluir planos para monitorizar e manter as alterações introduzidas, por exemplo, através da realização de novas auditorias.

6.2. Investigação

Como acontece em qualquer subespecialidade médica, é necessário realizara uma investigação sólida e atualizada para desenvolver conhecimentos e novas técnicas cirúrgicas e melhorar práticas e resultados para as pacientes. No campo da fístula obstétrica, o conjunto de novas investigações continua limitado, pelo que se recomenda que os cirurgiões realizem os seus próprios estudos e tentem publicar os mesmos a fim de aumentar a base de provas.¹¹⁰ Mesmo que os projetos de investigação não sejam publicados, o processo pode ajudar a melhorar as próprias práticas e os resultados dos cirurgiões. Antes de iniciar um projeto de investigação, é necessário avançar com uma revisão sistemática da literatura relacionada com o tópico em questão por forma a compreender as provas existentes e a identificar eventuais lacunas.

Os participantes da investigação desempenham uma importância vital, pelo que os investigadores têm o dever de zelar pela proteção dos mesmos e pelos seus direitos. Para proteger as pacientes

¹⁰⁹ W. Graham, P. Wagaarachchi, G. Penney, A. McCaw-Binns, K.Y. Antwi, M.H. Hall. Criteria for Clinical Audit of the Quality of Hospital-Based Obstetric Care in Developing Countries. *Bull World Health Organ* (2000).

¹¹⁰ R. Pope and M. Beddow. A Review of Surgical Procedures to Repair Obstetric Fistula. *Int J Gynecol Obstet* (2020).

participantes e preservar a integridade da investigação, é crucial aderir a uma ética de investigação globalmente aceite, bem como às diretrizes éticas institucionais em vigor.

Existem alguns princípios-chave que ajudam a conduzir a investigação ética:¹¹¹

Valor socioclínico: O objetivo da investigação deve ser orientado por forma a melhorar a forma de gerir ou cuidar das pacientes e justificar a exposição das mesmas ao risco e ónus da investigação.

Relação risco-benefício: Os riscos e o desconforto associados à investigação devem ser mitigados na medida do possível, devendo os benefícios ser superiores aos riscos em termos globais.

Aprovação ética: Toda a investigação que envolva pessoas requer a aprovação ética de um comité de ética relevante e qualificado. Este processo protege tanto os investigadores como os participantes. Se a forma como o estudo foi concebido não for aprovada eticamente, terão de ser feitas alterações em conformidade.

Validade: A investigação deve ser baseada em objetivos razoáveis e realistas e os métodos devem ser válidos, transparentes e viáveis. A investigação deve ser sempre conduzida dentro dos limites éticos definidos. Uma análise de dados exaustiva e sólida é essencial para a validade de qualquer investigação. Se o investigador não possuir este conjunto de competências, nesse caso é aconselhável colaborar com analistas de dados qualificados. É de vital importância disponibilizar dados, bem como armazená-los, partilhá-los e reutilizá-los adequadamente para aproveitar o verdadeiro potencial da investigação.

Seleção e respeito dos participantes: A seleção dos participantes deve ser relevante e imparcial, devendo eles dispor de detalhes suficientes para tomarem decisões autónomas e informadas. A privacidade e a confidencialidade dos participantes devem ser sempre respeitadas, devendo eles ser autorizados a abandonar o estudo em qualquer altura. Devem também receber apoio adequado no caso de sofrerem reações adversas ou efeitos inesperados. Os participantes devem também ser informados quanto aos resultados da investigação.

6.3. Métodos de investigação

É possível recorrer a vários métodos de investigação para fins de auditoria e investigação, os quais devem ser selecionados com base na respetiva aptidão para cumprir os objetivos da investigação.

Métodos quantitativos

Os métodos quantitativos concentram-se na recolha de dados numéricos através de sondagens, questionários e inquéritos, entre outros, que podem ser realizados pessoalmente, por telefone ou por correio eletrónico, em papel ou através de um software gratuito disponível, por exemplo, SurveyMonkey, Google Forms e SurveyPlanet.¹¹² Por norma, os dados são analisados com recurso ao Excel (Microsoft) ou a um software estatístico mais sofisticado, por exemplo, SPSS, R, STATA.¹¹³

¹¹¹ E.J. Emanuel. What Makes Clinical Research Ethical? JAMA (2000).

¹¹² SurveyMonkey. www.surveymonkey.co.uk. Accessed November 5, 2020; Google Forms. www.google.co.uk/forms/about. Acedido a 5 de novembro de 2020; surveyplanet. www.surveyplanet.com. Acedido a 5 de novembro de 2002.

¹¹³ IBM SPSS software. www.ibm.com/analytics/spss-statistics-software. Accessed November 5, 2020; The R Project for Statistical Computing. www.r-project.org. Accessed November 5, 2020; STATA software. www.stata.com. Accessed November 5, 2020.

Muitas vezes, a investigação quantitativa utiliza amostras maiores para generalizar os resultados de uma população e/ou testar uma hipótese ou intervenção particular, ou seja, a eficácia ou não de um determinado tratamento. Esta última opção é especialmente relevante sempre que forem realizados estudos aleatórios controlados.

A investigação quantitativa tem a vantagem de seguir os padrões estabelecidos e poder ser replicada e comparada com outros estudos. É geralmente vista como sendo mais objetiva, uma vez que reduz o risco de enviesamento do investigador e a quebra da confidencialidade dos participantes. No entanto, os métodos quantitativos são limitados na sua capacidade de realizar uma investigação aprofundada e na explicação das razões subjacentes a resultados inesperados.

Métodos qualitativos

A investigação qualitativa investiga a natureza da realidade, com ênfase nos processos e significados e no reconhecimento da relação existente entre o investigador e os participantes. Os dados qualitativos podem ser recolhidos através de vários métodos criativos, mais comumente entrevistas e grupos de reflexão aprofundados, semiestruturados ou não estruturados, realizados pessoalmente, através de e-mail ou por telefone. Durante a análise, o investigador procura identificar temas emergentes para informar os resultados, o que pode ser feito manualmente ou através de software existente, por exemplo, ATLAS.ti, NVivo.¹¹⁴ Devido ao tamanho relativamente pequeno das amostras frequentemente utilizadas na investigação qualitativa, na maioria dos casos a investigação deve ser tratada como um estudo de caso, pelo que os resultados não podem ser generalizados a uma população mais vasta.

Os métodos qualitativos têm a vantagem de recolher dados de uma forma mais completa, permitindo respostas mais detalhadas aos tópicos de investigação e a formulação de resultados inesperados. No entanto, tendem a ser morosos e exigentes ao nível dos recursos.

Investigação com métodos combinados

Esta abordagem combina métodos quantitativos e qualitativos numa única investigação por forma a capitalizar os pontos fortes e minimizar os pontos fracos de cada abordagem, promovendo assim a validade e fiabilidade da investigação.

Publicação da investigação

Para os clínicos interessados na realização de investigações que tiverem compreendido bem as metodologias e análises de investigação, a publicação da investigação pode ser uma possibilidade. O corpo de literatura existente no domínio da fístula obstétrica é extremamente limitado, pelo que é necessário realizar uma nova investigação, bem conduzida, para melhorar a prática clínica e os cuidados prestados a pacientes com fístulas.

Ao procurar publicar um artigo, é importante encontrar uma revista científica adequada ao tema de investigação, revista por pares, bem-conceituada e com um alcance relativamente amplo. Cada

¹¹⁴ ATLAS.ti. www.atlasti.com. Accessed November 11, 2020; NVivo. www.qsrinternational.com/nvivo-qualitative-data-analysis-software/home. Accessed November 5, 2020.

revista terá diretrizes de autor que devem ser cuidadosamente seguidas. Em termos gerais, é proibido submeter um artigo a mais do que uma revista num determinado momento.

A revista poderá solicitar ao autor para rever o artigo após a revisão por pares, antes de o mesmo ser aceite e posteriormente publicado. Se o artigo for rejeitado em primeira instância, poderá ser possível retificar os problemas detetados e voltar a submetê-lo, dependendo da política individual da revista. Em ambos os cenários, é vital que os autores sejam reativos e mantenham boas relações com os editores, sendo uma prática positiva aceitar convites para participar na revisão por pares da investigação de outros autores.

Alternativamente, são muitas as oportunidades existentes para apresentar a investigação em conferências e reuniões apropriadas. Muitas vezes, os autores são convidados a submeter um resumo para uma determinada apresentação oral ou em poster, o qual será revisto e aceite ou rejeitado pela comissão organizadora.

Recursos de aprendizagem

Centro de Recursos de Fístulas da FIGO

Para obter uma lista completa de recursos de aprendizagem, que é atualizada regularmente por forma a incluir as publicações mais recentes, visite o Centro de Recursos de Fístulas da FIGO em www.figo.org/fistula-resources.

Livros sobre cirurgia de fístulas

- Breen M. (2019). *Manual of Obstetric Fistula Surgery*. Carlisle: The Foundation for the Global Library of Women's Medicine.*
- Breen M. (2020). *Manuel de Chirurgie de la Fistule Obstétricale*. Carlisle: The Foundation for the Global Library of Women's Medicine.*
- Chassar Moir J. (2006). *The Vesico-vaginal Fistula, 2.ª edição*. Londres: Bailliere 1967.
- Hancock B. (2005). *First Steps in Vesico-Vaginal Fistula Surgery*. Londres: Royal Society of Medicine Press Ltd.*
- Hancock B. (2013). *An Introduction to Obstetric Fistula Surgery*. Londres: Sapiens Publishing Ltd.*
- Hancock B, Browning A. (2009). *Practical Obstetric Fistula Surgery*. Londres: Royal Society of Medicine Press Ltd.*
- Hancock B, Browning A. (2022). *Practical Obstetric Fistula Surgery, 2.ª edição*. Sydney: Halstead Press.*
- Waldijk K. (1989). *The (Surgical) Management of Bladder Fistula in 775 Women in Northern Nigeria*. Tese de doutoramento. Universidade de Utrecht.
- Waldijk K. (1994). *Step-by-step Surgery of Vesicovaginal Fistulas*. Cheltenham: Nelson Thornes Ltd.
- Waldijk K. (2015). *Obstetric Trauma Surgery, Art and Science, Setting Standards by Evidence-based Practice: Sphincter Ani Rupture, Cut-thru Trauma*. Limburg: Printmarkt.
- Waldijk K. (2016). *Obstetric Trauma Surgery, Art and Science, Setting Standards by Evidence-based Practice: Functional Pelvis Anatomy in the Female*. Limburg: Printmarkt.
- Waldijk K. (2018). *Obstetric Trauma Surgery, Art and Science, Setting Standards by Evidence-based Practice: Corpus Intrapelvinum, Connective Tissue Body of Pelvis with Endopelvis Diaphragm*. Limburg: Printmarkt.
- Waldijk K. (2018). *Obstetric Trauma Surgery, Art and Science, Setting Standards by Evidence-based Practice: Yankan Gishiri Fistula, Kees Continent Urethra Reconstruction*. Limburg: Printmarkt.
- Waldijk K. (2020). *Obstetric Trauma Surgery, Art and Science, Setting Standards by Evidence-based Practice: O28 Kees Ic Stool Fistulas*. Limburg: Printmarkt.
- Waldijk K. (2020). *Obstetric Trauma Surgery, Art and Science, Setting Standards by Evidence-based Practice: O27 Kees Ib Stool Fistulas*. Limburg: Printmarkt.

* livre acesso.

- Waldijk K. (2020). *Obstetric Trauma Surgery, Art and Science, Setting Standards by Evidence-based Practice: 026 Kees la Stool Fistulas*. Limburg: Printmarkt.
- Waldijk K. (2020). *Obstetric Trauma Surgery, Art and Science, Setting Standards by Evidence-based Practice: 025 Kees Stool Fistula Classification*. Limburg: Printmarkt.
- Waldijk K. (2020). *Obstetric Trauma Surgery, Art and Science, Setting Standards by Evidence-based Practice: 024 Kees I Urine Fistulas*. Limburg: Printmarkt.
- Waldijk K. (2020). *Obstetric Trauma Surgery, Art and Science, Setting Standards by Evidence-based Practice: 023 Kees Ilbb Urine Fistulas*. Limburg: Printmarkt.
- Waldijk K. (2020). *Obstetric Trauma Surgery, Art and Science, Setting Standards by Evidence-based Practice: 022 Kees Ilba Urine Fistulas*. Limburg: Printmarkt.
- Waldijk K. (2020). *Obstetric Trauma Surgery, Art and Science, Setting Standards by Evidence-based Practice: 021 Kees Ilab Urine Fistulas*. Limburg: Printmarkt.
- Waldijk K. (2020). *Obstetric Trauma Surgery, Art and Science, Setting Standards by Evidence-based Practice: Postpartum Hypotonic Bladder, Postpartum Urine Retention with Overflow Incontinence*. Limburg: Printmarkt.
- Zacharin R. (1988). *Obstetric Fistula*. Viena: Springer-Verlag.

Livros de enfermagem e outros relacionados

- Drew LB, Ruder B, Schwartz DA. (2022). *A Multidisciplinary Approach to Obstetric Fistula in Africa – Public Health, Anthropological, and Medical Perspectives*. Cham: Springer Nature Switzerland AG.
- Campbell IM, Asimwe IS. (2021). [Nursing Care for Women with Childbirth Injuries](#). Edinburgo: Uganda Childbirth Injury Fund; Londres: International Federation of Gynecology and Obstetrics.*
- Organização Mundial da Saúde. (2009). [Fistule obstétricale: Principes directeurs pour la prise en charge clinique et le développement de programmes](#). Genebra: Organização Mundial da Saúde.*
- Organização Mundial da Saúde. (2006). [Obstetric Fistula: Guiding Principles for Clinical Management and Programme Development](#). Genebra: Organização Mundial da Saúde.*

Livros de fisioterapia

- Keyser L, McKinney J. (2019). *Implementing Physical Rehabilitation Services into Comprehensive Fistula and Maternity Care: A Training Guide for Health Workers*. Mama LLC, EngenderHealth/Fistula Care Plus. Disponível em inglês, francês, português e suaíli.†

Periódicos e Publicações

- [International Journal of Gynecology & Obstetrics \(IJGO\)](#)
- Edição especial: [Obstetric Fistula: Where We Currently Stand](#) (2020). Volume 148, Edição S1.*
- Edição especial: [Prevention and Treatment of Obstetric Fistula: Identifying Research Needs and Public Health Priorities](#) (2007). Volume 99, Edição S1.

* livre acesso.

† livre acesso, mas requer registo online.

Vídeos de formação cirúrgica disponíveis sobre Global Library of Women's Medicine (GLOWM)*

- Breen, Michael (2021)
- [Discussion on Gracilis Muscle Flaps and Skin Flaps in Fistula Repair.](#)
- [Mini-Singapore Flap for Vaginal Reconstruction – With Commentary.](#)
- [Singapore Flap for Vaginal Reconstruction in a Case of Vesicovaginal Fistula.](#)
- Browning, Andrew: Fistula Repair Series (2018)
- [Episode 1 Basic Principles: Tricks & Traps.](#)
- [Episode 2 Perineal Tear Repair and Variations.](#)
- [Episode 3 Circumferential Fistula Repair.](#)
- [Episode 4 Ongoing Incontinence After Fistula Repair.](#)
- [Episode 5 Singapore Neovagina.](#)

Websites*

- [International Federation of Gynecology and Obstetrics \(FIGO\)](#)
- [International Society of Obstetric Fistula Surgeons \(ISOFS\)](#)
- [Global Library of Women's Medicine \(GLOWM\)](#)
- [EngenderHealth](#)

* livre acesso.

Bibliografia

- Adler AJ, Ronsmans C, Calvert C, Filippi V. (2013). Estimating the Prevalence of Obstetric Fistula: A Systematic Review and Meta-Analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* 13:246. doi: 10.1186/1471-2393-13-246.
- Ahmed S, Holtz SA. (2007). Social and Economic Consequences of Obstetric Fistula: Life Changed Forever? *Int J Gynecol Obstet* 99(Suppl 1):S10–5. doi: 10.1016/j.ijgo.2007.06.011.
- Arrowsmith SD. (2007). Urinary Diversion in the Vesico-Vaginal Fistula Patient: General Considerations Regarding Feasibility, Safety, and Follow-Up. *Int J Gynecol Obstet* 99(Suppl 1):S65–8. doi: 10.1016/j.ijgo.2007.06.028.
- Arrowsmith S, Hamlin EC, Wall LL. (1996). Obstructed Labor Injury Complex: Obstetric Fistula Formation and the Multifaceted Morbidity of Maternal Birth Trauma in the Developing World. *Obstet Gynecol Surv* 51:568–74. doi: 10.1097/00006254-199609000-00024.
- Barageine JK. (2015). Genital Fistula among Ugandan Women: Risk Factors, Treatment Outcomes, and Experiences of Patients and Spouses [tese de doutoramento]. Universidade Makerere, Instituto de Kampala e Karolinska, Estocolmo.
<https://openarchive.ki.se/xmlui/handle/10616/44861>. Acedido a 22 de julho de 2021.
- Breen M. (2019). *Manual of Obstetric Fistula Surgery*. Carlisle: The Foundation for the Global Library of Women's Medicine.
- Breen M, Ingber M. (2019). Controversies in the Management of Vesicovaginal Fistula. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 54:61–72. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2018.06.005.
- Browning A. (2006). A New Technique for the Surgical Management of Urinary Incontinence after Obstetric Fistula Repair. *BJOG* 113:475–8. doi: 10.1111/j.1471-0528.2006.00847.x.
- Browning A. (2007). The Circumferential Obstetric Fistula: Characteristics, Management and Outcomes. *BJOG* 114:1172–6. doi: 10.1111/j.1471-0528.2007.01329.x.
- Browning A. (2004). Prevention of Residual Urinary Incontinence Following Successful Repair of Obstetric Vesico-Vaginal Fistula Using a Fibro-Muscular Sling. *BJOG* 111:357–61. doi: 10.1111/j.1471-0528.2004.00080.x.
- Browning A. (2006). Risk Factors for Developing Residual Urinary Incontinence after Obstetric Fistula Repair. *BJOG* 113:482–5. doi: 10.1111/j.1471-0528.2006.00875.x.
- Browning A. (2012). The Problem of Continuing Urinary Incontinence after Obstetric Vesicovaginal Surgery. RCOG International News, Setembro de 2012. <https://www.rcog.org.uk/en/global-network/global-health-news/international-news/international-news-september-2012/the-problem-of-continuing-urinary-incontinence-after-obstetric-vesicovaginal-surgery>. Acedido a 22 de julho de 2021.

- Browning A, Whiteside S. (2015). Characteristics, Management, and Outcomes of Repair of Rectovaginal Fistula among 1100 Consecutive Cases of Female Genital Tract Fistula in Ethiopia. *Int J Gynecol Obstet* 131:70–3. doi: 10.1016/j.ijgo.2015.05.012.
- Campaign to End Fistula [website]. Fistula NGO Receives Health Award in Nigeria. 10 de janeiro de 2012. <http://www.endfistula.org/news/fistula-ngo-receives-health-award-nigeria>. Acedido a 22 de julho de 2021.
- Campbell IM, Asimwe IS. (2021). *Nursing Care For Women With Childbirth Injuries*. Carlisle: UCIF, FIGO.
- Capes T, Ascher-Walsh C, Abdoulaye I, Brodman M. (2011). Obstetric Fistula in Low and Middle Income Countries. *Mt Sinai J Med* 78:352–61. doi: 10.1002/msj.20265.
- Carey MP, Goh JT, Fynes MM, Murray CJ. (2002). Stress Urinary Incontinence after Delayed Primary Closure of Genitourinary Fistula: A Technique for Surgical Management. *Am J Obstet Gynecol* 186:948–53. doi: 10.1067/mob.2002.122247.
- Castille YJ, Avocetien C, Zaongo D, Colas JM, Peabody JO, Rochat CH. (2015). One-Year Follow-up of Women Who Participated in a Physiotherapy and Health Education Program Before and After Obstetric Fistula Surgery. *Int J Gynecol Obstet* 128:264–6. doi: 10.1016/j.ijgo.2014.09.028.
- Castille YJ, Avocetien C, Zaongo D, Colas JM, Peabody JO, Rochat CH. (2014). Impact of a Program of Physiotherapy and Health Education on the Outcome of Obstetric Fistula Surgery. *Int J Gynecol Obstet* 124:77–80. doi: 10.1016/j.ijgo.2013.06.032.
- Catherine Hamlin Fistula Foundation [website]. Rehabilitation and Reintegration. www.hamlin.org.au/what-we-do/rehabilitation-and-reintegration/. Acedido a 5 de novembro de 2020.
- Cockshott WP. (1973). Pubic Changes Associated with Obstetric Vesico Vaginal Fistulae. *Clin Radiol* 24:241–7. doi: 10.1016/S0009-9260(73)80091-1.
- Comprehensive Community Based Rehabilitation in Tanzania (CCBRT) [website]. Towards a Fistula-Free Generation. www.ccbt.or.tz/programmes/disability/fistula/. Acedido a 5 de novembro de 2020.
- De Ridder D, Badlani GH, Browning A, Singh P, Sombie I, Wall LL. (2009). Fistulas in the developing world. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, eds. *Incontinence*, 4th ed. Paris: Health Publications Ltd. UK. <https://www.ics.org/committees/developingworld/professionaleducation/internationalconsultationonincontinence>
- El Ayadi AM, Painter CE, Delamou A, et al. (2020). Rehabilitation and Reintegration Programming Adjunct to Female Genital Fistula Surgery: A Systematic Scoping Review. *Int J Gynecol Obstet*. 148(Suppl 1):42–58. doi: 10.1002/ijgo.13039.

- El-Azab AS, Abolella HA, Farouk M. (2019). Update on vesicovaginal fistula: A systematic review. *Arab J Urol* 17:61–8. doi: 10.1080/2090598X.2019.1590033.
- Emanuel EJ, Wendler D, Grady C. (2000). What Makes Clinical Research Ethical? *JAMA* 283:2701–11. doi: 10.1001/jama.283.20.2701.
- Fisch M, Hohenfellner R. (2007). Sigma-Rectum Pouch (Mainz Pouch II). *BJU Int* 99:945–60. doi: 10.1111/j.1464-410X.2007.06810.x.
- Frajzyngier V, Li G, Larson E, Ruminjo J, Barone MA. (2013). Development and Comparison of Prognostic Scoring Systems for Surgical Closure of Genitourinary Fistula. *Am J Obstet Gynecol* 208:112.e1–11. doi: 10.1016/j.ajog.2012.11.040.
- Freedom From Fistula [website]. Fistula Ambassadors. www.freedomfromfistula.org.uk/programmes/fistula-ambassadors. Acedido a 5 de novembro de 2020.
- Goh JT. (2004). A New Classification for Female Genital Tract Fistula. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 44:502–4. doi: 10.1111/j.1479-828X.2004.00315.x.
- Goh JT, Browning A, Berhan B, Chang A. (2008). Predicting the Risk of Failure of Closure of Obstetric Fistula and Residual Urinary Incontinence Using a Classification System. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 19:1659–62. doi: 10.1007/s00192-008-0693-9.
- Graham W, Wagaarachchi P, Penney G, et al. (2000). Criteria for Clinical Audit of the Quality of Hospital-Based Obstetric Care in Developing Countries. *Bull World Health Organ* 78:614–20.
- Hancock B, Browning A. (2009). *Practical Obstetric Fistula Surgery*. Londres: Royal Society of Medicine Press Ltd.
- Hawkins L, Spitzer RF, Christoffersen-Deb A, Leah J, Mabeya H. (2013). Characteristics and Surgical Success of Patients Presenting for Repair of Obstetric Fistula in Western Kenya. *Int J Gynecol Obstet* 120:178–82. doi: 10.1016/j.ijgo.2012.08.014.
- Hillary CJ, Osman NI, Hilton P, Chapple CR. (2016). The Aetiology, Treatment, and Outcome of Urogenital Fistulae Managed in Well- and Low-Resourced Countries: A Systematic Review. *Eur Urol* 70:478–92. doi: 10.1016/j.eururo.2016.02.015.
- Hilton P, Ward A. (1998). Epidemiological and Surgical Aspects of Urogenital Fistulae: A Review of 25 Years' Experience in Southeast Nigeria. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 9:189–94. doi: 10.1007/BF01901602.
- Hilton P. (2016). Trends in the Aetiology of Urogenital Fistula: A Case of 'Retrospective Evolution'? *Int Urogynecol J* 27:831–7. doi: 10.1007/s00192-015-2919-y.
- Hinman F, Jr. (1989). Bladder Flap Repair (Boari). In: *Atlas of Urologic Surgery*. Filadélfia: Saunders.
- Kelly J, Winter HR. (2007). Reflections on the Knowledge Base for Obstetric Fistula. *Int J Gynecol Obstet* 99(Suppl 1):S21–4. doi: 10.1016/j.ijgo.2007.06.017.

- Keyser L, McKinney J. (2020). Implementing Physical Rehabilitation Services into Comprehensive Fistula and Maternity Care: A Training Guide for Health Care Workers. USAID, EngenderHealth, Fistula Care Plus, Mama LLC. <https://www.themamas.world/training-guide>. Acedido a 22 de julho de 2021.
- Keyser L, McKinney J, Salmon C, Furaha C, Kinsindja R, Benfield N. (2014). Analysis of a Pilot Program to Implement Physical Therapy for Women with Gynecologic Fistula in the Democratic Republic of Congo. *Int J Gynecol Obstet* 127:127–31. doi: 10.1016/j.ijgo.2014.05.009.
- Lawal O, Bello O, Morhason-Bello I, Abdus-Salam R, Ojengbede O. (2019). Our Experience with Iatrogenic Ureteric Injuries among Women Presenting to University College Hospital, Ibadan: A Call to Action on Trigger Factors. *Obstet Gynecol Int* 2019:6456141 doi: 10.1155/2019/6456141.
- Lawson JB. (1968). Tropical Gynaecology: Birth-Canal Injuries. *Proc R Soc Med* 61:368–70. doi: 10.1177/003591576806100424.
- Lewis G, De Bernis L, eds. (2006). *Obstetric Fistula: Guiding Principles for Clinical Management and Programme Development Documents*. Geneva: OMS.
- Longombe AO, Claude KM, Ruminjo J. (2008). Fistula and Traumatic Genital Injury from Sexual Violence in a Conflict Setting in Eastern Congo: Case Studies. *Reprod Health Matters* 16:132–41. doi: 10.1016/S0968-8080(08)31350-0.
- Lyimo MA, Mosha IH. (2019). Reasons for Delay in Seeking Treatment among Women with Obstetric Fistula in Tanzania: A Qualitative Study. *BMC Womens Health* 19:93. doi: 10.1186/s12905-019-0799-x.
- Maheu-Giroux M, Filippi V, Samadoulougou S, et al. (2015). Prevalence of Symptoms of Vaginal Fistula in 19 Sub-Saharan Africa Countries: A Meta-Analysis of National Household Survey Data. *Lancet Glob Health* 3:e271–8. doi: 10.1016/S2214-109X(14)70348-1.
- Maroyi R, Keyser L, Hosterman L, Notia A, Mukwege D. (2020). The Mobile Surgical Outreach Program for Management of Patients with Genital Fistula in the Democratic Republic of Congo. *Int J Gynecol Obstet* 148(Suppl 1):27–32. doi: 10.1002/ijgo.13036.
- Mohammad RH. (2007). A Community Program for Women's Health and Development: Implications for the Long-Term Care of Women with Fistulas. *Int J Gynecol Obstet* 99(Suppl 1):S137–42. doi: 10.1016/j.ijgo.2007.06.035.
- Morgan MA, Polan ML, Melecot HH, Debru B, Sleemi A, Husain A. (2009). Experience with a Low-Pressure Colonic Pouch (Mainz II) Urinary Diversion for Irreparable Vesicovaginal Fistula and Bladder Extrophy in East Africa. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 20:1163–8. doi: 10.1007/s00192-009-0936-4.

- Mpunga Mafu M, Banze DF, Nembunzu D, *et al.* (2020). Frequency and Management of Non-Obstetric Fistula in the Democratic Republic of Congo: Experience from the Fistula Care Plus Project. *Trop Med Int Health* 25:687–94. doi: 10.1111/tmi.13394.
- Mselle LT, Moland KM, Evjen-Olsen B, Mvungi A, Kohi TW. (2011). 'I Am Nothing': Experiences of Loss among Women Suffering from Severe Birth Injuries in Tanzania. *BMC Womens Health* 11:49. doi: 10.1186/1472-6874-11-49.
- Muleta M, Rasmussen S, Kiserud T. (2010). Obstetric Fistula in 14,928 Ethiopian Women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 89:945–51. doi: 10.3109/00016341003801698.
- Muleta M, Williams G. (1999). Postcoital Injuries Treated at the Addis Ababa Fistula Hospital, 1991–97. *Lancet* 354:2051–2. doi: 10.1016/S0140-6736(99)05161-2.
- National Institute for Clinical Excellence. (2002). *Principles for Best Practice in Clinical Audit*. Oxford: Radcliffe Medical Press Ltd. <https://www.nice.org.uk/media/default/About/what-we-do/Into-practice/principles-for-best-practice-in-clinical-audit.pdf>. Acedido a 22 de julho de 2021.
- O'Connor VJ Jr, Sokol JK, Bulkley GJ, Nanninga JB. (1973). Suprapubic closure of vesicovaginal fistula. *J Urol* 109(1):51–4. doi:10.1016/s0022-5347(17)60345-8.
- Ojengbede OA, Baba Y, Morhason-Bello IO, *et al.* (2014). Group Psychological Therapy in Obstetric Fistula Care: A Complementary Recipe for the Accompanying Mental Ill Health Morbidities? *Afr J Reprod Health* 18:155–9.
- Onsrud M, Sjøveian S, Mukwege D. (2009). O722 Sexual Violence-Related Fistulas in the Democratic Republic of Congo. *Int J Gynecol Obstet* 107(Suppl 2). Abstracts of XIX FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics. doi: 10.1016/s0020-7292(09)61095-x.
- Onsrud M, Sjøveian S, Mukwege D. (2011). Cesarean Delivery-Related Fistulae in the Democratic Republic of Congo. *Int J Gynecol Obstet* 114:10–4. doi: 10.1016/j.ijgo.2011.01.018.
- Padmanabhan P. (2019). Bladder Flap Repair (Boari). In: Smith JA, Howards SS, Preminger GM, Dmochowski RR, eds. *Hinman's Atlas of Urologic Surgery*. 4.^a Edição. Elsevier. 293.
- Pope R, Beddow M. (2020) A Review of Surgical Procedures to Repair Obstetric Fistula. *Int J Gynecol Obstet* 148(Suppl 1):22–6. doi: 10.1002/ijgo.13035.
- Pope R, Ganesh P, Wilkinson J. (2018). Pubococcygeal Sling versus Refixation of the Pubocervical Fascia in Vesicovaginal Fistula Repair: A Retrospective Review. *Obstet Gynecol Int* 2018:6396387. doi: 10.1155/2018/6396387.
- Premium Times Nigeria [website]. How Thousands of Women Get VVF Treatment in North-West Nigeria. 6 de maio de 2018. <https://www.premiumtimesng.com/health/health-features/267412-how-thousands-of-women-get-treatment-from-vvf-in-north-west-nigeria.html>. Acedido a 22 de julho de 2021.

- Raassen TJ, Ngongo CJ, Mahendeka MM. (2018). Diagnosis and Management of 365 Ureteric Injuries Following Obstetric and Gynecologic Surgery in Resource-Limited Settings. *Int Urogynecol J* 29:1303–9. doi: 10.1007/s00192-017-3483-4.
- Raassen TJ, Ngongo CJ, Mahendeka MM. (2014). Iatrogenic Genitourinary Fistula: An 18-Year Retrospective Review of 805 Injuries. *Int Urogynecol J* 25:1699–706. doi: 10.1007/s00192-014-2445-3.
- Raassen TJ, Verdaasdonk EG, Vierhout ME. (2008). Prospective Results after First-Time Surgery for Obstetric Fistulas in East African Women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 19:73–9. doi: 10.1007/s00192-007-la0389-6.
- Ramsey K, Iliyasu Z, Idoko L. (2007). Fistula Fortnight: Innovative Partnership Brings Mass Treatment and Public Awareness towards Ending Obstetric Fistula. *Int J Gynecol Obstet* 99(Suppl 1):S130–6. doi: 10.1016/j.ijgo.2007.06.034.
- Rosa W, ed. (2018), *Anexo: Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development*. In: *A New Era in Global Health*. Springer Publishing Company: New York. doi: 10.1891/9780826190123.ap02
- Seim AR, Alassoum Z, Bronzan RN, Mainassara AA, Jacobsen JL, Gali YA. (2014). Pilot Community-Mobilization Program Reduces Maternal and Perinatal Mortality and Prevents Obstetric Fistula in Niger. *Int J Gynecol Obstet* 127:269–74. doi: 10.1016/j.ijgo.2014.06.016.
- Sih AM, Kopp DM, Tang JH, et al. (2016). Association between Parity and Fistula Location in Women with Obstetric Fistula: A Multivariate Regression Analysis. *BJOG* 123:831–6. doi: 10.1111/1471-0528.13901.
- Slinger G, Trautvetter L. (2020). Addressing the Fistula Treatment Gap and Rising to the 2030 Challenge. *Int J Gynecol Obstet* 148(Suppl 1):9–15. doi: 10.1002/ijgo.13033.
- Slinger G, Trautvetter L, Browning A, Rane A. (2018). Out of the Shadows and 6000 Reasons to Celebrate: An Update from FIGO's Fistula Surgery Training Initiative. *Int J Gynecol Obstet* 141, no. 3: 280–83. doi: 10.1002/ijgo.12482
- Stanton C, Holtz SA, Ahmed S. (2007). Challenges in Measuring Obstetric Fistula. *Int J Gynecol Obstet* 99(Suppl 1):S4–9. doi: 10.1016/j.ijgo.2007.06.010.
- Tasnim N, Bangash K, Amin O, Luqman S, Hina H. (2020). Rising Trends in Iatrogenic Urogenital Fistula: A New Challenge. *Int J Gynecol Obstet* 148(Suppl 1):33–6. doi: 10.1002/ijgo.13037.
- Tebeu PM, Fomulu JN, Khaddaj S, de Bernis L, Delvaux T, Rochat CH. (2012). Risk Factors for Obstetric Fistula: A Clinical Review. *Int Urogynecol J* 23:387–94. doi: 10.1007/s00192-011-1622-x.
- Tennfjord MK, Muleta M, Kiserud T. (2014). Musculoskeletal Sequelae in Patients with Obstetric Fistula – a Case–Control Study. *BMC Womens Health* 14:136. doi: 10.1186/s12905-014-0136-3.

- TERREWODE [website]. Social Reintegration. www.terrewode.com/social-reintegration/. Acedido a 5 de novembro de 2020.
- Tsui AO, Creanga AA, Ahmed S. (2007). The Role of Delayed Childbearing in the Prevention of Obstetric Fistulas. *Int J Gynecol Obstet* 99(Suppl 1):S98–107. doi: 10.1016/j.ijgo.2007.06.024.
- Tunçalp Ö, Tripathi V, Landry E, Stanton CK, Ahmed S. (2015). Measuring the Incidence and Prevalence of Obstetric Fistula: Approaches, Needs and Recommendations. *Bull World Health Organ* 93:60–2. doi: 10.2471/BLT.14.141473.
- UNFPA. (2002). Second Meeting of the Working Group for the Prevention and Treatment of Obstetric Fistula. Addis Ababa, 30 de outubro a 1 de novembro de 2002. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/fistula_meeting02_eng.pdf. Acedido a 22 de julho de 2021.
- Waldijk K. (1995). Surgical Classification of Obstetric Fistulas. *Int J Gynecol Obstet* 49:161–3. doi: 10.1016/0020-7292(95)02350-l.
- Waldijk K. (1994). The Immediate Surgical Management of Fresh Obstetric Fistulas with Catheter and/or Early Closure. *Int J Gynecol Obstet* 45:11–6. doi: 10.1016/0020-7292(94)90759-5.
- Waldijk K, Armiya'u YD. (1993). The Obstetric Fistula: A Major Public Health Problem Still Unsolved. *Int Urogynecol J* 4:126–8. doi: 10.1007/BF00376428.
- Waldijk K, Elkins TE. (1994). The Obstetric Fistula and Peroneal Nerve Injury: An Analysis of 947 Consecutive Patients. *Int Urogynecol J* 5:12–4. doi: 10.1007/BF00451704.
- Waldijk K. (2018). Obstetric Trauma Surgery Art and Science: post fistula repair urine incontinence; kees urethralization plus refixation. <https://isofs-global.org/public/uploads/file-15.pdf>. Acedido a 22 de julho de 2021.
- Waldijk K. (2004). The Immediate Management of Fresh Obstetric Fistulas. *Am J Obstet Gynecol* 191:795–9. doi: 10.1016/j.ajog.2004.02.020.
- Wall LL. (2007). Ethical Issues in Vesico-Vaginal Fistula Care and Research. *Int J Gynecol Obstet* 99(Suppl 1):S32–9. doi: 10.1016/j.ijgo.2007.06.020.
- Wall LL. (2007). Where Should Obstetric Vesico-Vaginal Fistulas Be Repaired: At the District General Hospital or a Specialized Fistula Center? *Int J Gynecol Obstet* 99(Suppl 1):S28–31. doi: 10.1016/j.ijgo.2007.06.019.
- Wall LL. (2006). Obstetric Vesicovaginal Fistula as an International Public-Health Problem. *Lancet* 368:1201–9. doi: 10.1016/S0140-6736(06)69476-2.
- Wall LL, Karshima JA, Kirschner C, Arrowsmith SD. (2004). The Obstetric Vesicovaginal Fistula: Characteristics of 899 Patients from Jos, Nigeria. *Am J Obstet Gynecol* 190:1011–9. doi: 10.1016/j.ajog.2004.02.007.

- Wall LL, Arrowsmith SD, Hancock BD. (2008). Ethical Aspects of Urinary Diversion for Women with Irreparable Obstetric Fistulas in Developing Countries. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 19:1027–30. doi: 10.1007/s00192-008-0559-1.
- Watt MH, Moshia MV, Platt AC, *et al.* (2017). A Nurse-Delivered Mental Health Intervention for Obstetric Fistula Patients in Tanzania: Results of a Pilot Randomized Controlled Trial. *Pilot Feasibility Stud* 3:35. doi: 10.1186/s40814-017-0178-z.
- Watt MH, Wilson SM, Sikkema KJ, *et al.* (2015). Development of an Intervention to Improve Mental Health for Obstetric Fistula Patients in Tanzania. *Eval Program Plann* 50:1–9. doi: 10.1016/j.evalprogplan.2015.01.007.
- Wegner MN, Ruminjo J, Sinclair E, Pessa L, Mehta M. (2007). Improving Community Knowledge of Obstetric Fistula Prevention and Treatment. *Int J Gynecol Obstet* 99(Suppl 1):S108–11. doi: 10.1016/j.ijgo.2007.06.030.
- Weston K, Mutiso S, Mwangi JW, Qureshi Z, Beard J, Venkat P. (2011). Depression among Women with Obstetric Fistula in Kenya. *Int J Gynecol Obstet* 115:31–3. doi: 10.1016/j.ijgo.2011.04.015.
- Wilkinson J, Pope R, Kammann TJ, *et al.* (2016). The Ethical and Technical Aspects of Urinary Diversions in Low-Resource Settings: A Commentary. *BJOG* 123:1273–7. doi: 10.1111/1471-0528.13934.
- Williams G, Broughton S, Worku H, Tekle H. (2010). Five Years Experience of Ureterovaginal Fistulae Following Obstetric or Gynecological Intervention in Ethiopia. *Afr J Urol* 16:17–9. doi: 10.1007/s12301-010-0004-9.
- Wright J, Ayenachew F, Ballard KD. (2016). The Changing Face of Obstetric Fistula Surgery in Ethiopia. *Int J Womens Health* 8:243–8. doi: 10.2147/IJWH.S106645.

Índice remissivo

- aconselhamento, derivação urinária 195, 199
 administração 236
 África 126
 Subsariana 1, 2
 amamentação 26, 30, 234
 amenorreia, secundária 243
 anastomoses
 fístula retovaginal (circunferencial/
 estenosada) 217–21, 225
 neovagina do cólon 205, 206, 211
 anúria 239
 ânus, exame digital 16, 53
 aparelho reprodutor/trato genital, exame
 digital e permeabilidade 16
 apareunia 241
 apoio (paciente) 253
 apoio psicossocial 235
 área de ambulatório 233
 arrastamento peritoneal 156
 artéria cólica, esquerda 211
 artérias hemorroidárias 211
 atividades geradoras de rendimento 24–25,
 236
 auditoria 254–5
 autocuidados 252–253
 avaliação
 competências cirúrgicas xi
 de desempenho *consulte* avaliação de
 desempenho
 paciente 13–18
 pré-operatório *consulte* avaliação
 pré-operatória
 resultados *consulte* avaliação de resultados
 avaliação de desempenho xii
 cálculos vesicais 143–47
 derivação urinária 197–201
 fístula uretral e reconstrução 170–4
 fístulas residuais e do canto 119–23
 fístulas retovaginais 56–9
 fístulas ureterais 131–35
 fístulas vesicocervicais e vesicouterinas 105–9
 fístulas vesicovaginais 44–8
 circunferenciais 80–4
 cúpula vaginal 67–71
 incontinência (persistente) 182–6
 lacerações perineais 34–7
 neovagina (do cólon) 201–14
 reconstrução vaginal 159–63
 avaliação de resultados (cirúrgicos) 246–50
 cálculos vesicais 142
 derivação urinária 195
 fístula uretral e reconstrução 170
 fístulas residuais e do canto 117
 fístulas retovaginais 54, 250
 alta/cicatrizada 91
 circunferenciais/estenosadas 221, 226
 fístulas ureterais 130
 fístulas vesicocervicais e vesicouterinas
 104
 fístulas vesicovaginais 43, 246–49
 algoritmo 249
 circunferenciais 79
 cúpula vaginal 65
 incontinência (persistente) 181
 lacerações perineais 33
 neovagina (do cólon) 207
 reconstrução vaginal 157
 avaliação pré-operatória 13–18
 cálculos vesicais 138
 derivação urinária 191
 fístula uretral e reconstrução 166
 fístulas residuais e do canto 112
 fístulas retovaginais 51
 altas/cicatrizadas 86–7
 circunferenciais/estenosadas 216
 fístulas ureterais 126
 fístulas vesicocervicais e vesicouterinas 100
 fístulas vesicovaginais 40
 circunferenciais 75
 cúpula vaginal 62
 incontinência (persistente) 177–8
 lacerações perineais 30

- neovagina (do cólon) 203–4
reconstrução vaginal 150
- bexiga
cálculos 137–48
 pós-operatório 241
capacidade, avaliação 16
cateteres *consulte* cateterismo
direção do encerramento 9
fístula do canto e mobilização da bexiga
 no espaço paravesical 121
micção *consulte* micção
reparação de fístulas ureterais e 133
reparação de fístulas vesicocervicais/
 vesicouterinas e 107
reparação de fístulas vesicovaginais e
 circunferencial 77–78, 82
 cúpula vaginal 64–65, 69
 simples 46
treino (programa de reeducação)
 e horário 251
consulte também cistoscopia
 e entradas sob fístulas vesico-
bloco operatório 234
- cálculos
 vesicais *consulte* bexiga
 vaginais 14, 16, 138, 139
campanhas/centros de tratamento de
 fístulas 231–2
- casa
 parto em, sem vigilância 6
 voltar 253
- cateterismo (bexiga/uretra)
 cálculos vesicais 140–1
 cateter bloqueado 239
 derivação urinária 195
 fístula uretral e reconstrução 169
 fístulas residuais e do canto 113, 115,
 116, 117, 122
 fístulas retovaginais 54, 245
 alta/cicatrizada 91
 circunferenciais/estenosadas
 218, 219, 220
 fístulas ureterais 127, 129, 130, 134
 fístulas vesicocervicais e
 vesico-uterinas 101–4
 fístulas vesicovaginais 43, 245
 circunferencial 76, 78, 79
 cúpula vaginal 63, 65
 incontinência após remoção de
 cateter 242–3
 lacerações perineais 33
 neovagina (do cólon) 204, 207
 para incontinência (persistente) 178, 179,
 181
 reconstrução vaginal 151, 157
causas não obstétricas de fístulas 4–5
causas obstétricas de fístulas 3–4
 consulte também parto (prolongado e
 obstruído); enfermaria pré-parto;
 enfermaria pós-cesariana; gravidez
- cavidade peritoneal
 reparação de fístula retovaginal e
 alta/cicatrizada 88
 circunferencial/estenosada 218–20
centro de formação da FIGO, tornar-se 237
- cicatrização (fístulas obstétricas)
 classificação 8, 10, 11
 extensão e localização 16
 fístulas retovaginais 86–98, 215, 216
 fístulas residuais e do canto e remoção
 de tecido cicatricial 121
 vaginal 14, 161, 211
- circunferencial/estenosada 217–19
 reparação da fístula vesicovaginal da cúpula
 vaginal pós-histerectomia e 62, 69
 alta/cicatrizada 88, 91
- cirurgia (inc. princípios cirúrgicos)
 cálculos vesicais 139–41
 classificação e valor preditivo de 9, 10
 complicações *consulte* complicações
 derivação urinária 192–3
 falha da reparação 242

- cirurgia (inc. princípios cirúrgicos) (continua)
 fístula retovaginal 52-3
 alta/cicatrizada 87-90, 217
 circunferenciais/estenosadas 217-220
 fístula uretral e reconstrução 166-8
 fístulas do canto 114-17
 bilaterais 115-7
 unilaterais 114-5
 fístulas residuais 113-4
 fístulas ureterais 127-9
 fístulas vesicocervicais e
 vesico-uterinas 100-3
 fístulas vesicovaginais 40-3
 circunferenciais 75-8
 cúpula vaginal 62-5
 historial da cirurgia anterior 16
 incontinência (persistente) 178-80
 lacerações perineais 30-32
 Mainz pouch II 192-3
 neovagina (do cólon) 204-7
 níveis de competência *consulte* níveis
 reconstrução vaginal 151-6
 resultados *consulte* avaliação de resultados
 vias 26
 cistoscopia 25-26
 classificação de fístulas obstétricas 7-11
 classificação de Waaldijk 8-10, 11
 clínica do estoma 235-6
 colo uterino
 comunicação fistulosa entre a bexiga e a
 (fístula vesicocervical) 99-103
 mobilização da bexiga a partir de 107
 reparação 107
 cólon (sigmoide)
 derivação urinária realizada 199
 neovagina feita de 203-14
 colostomia 25, 87, 216, 221
 disfunção 219, 225
 comorbidades na avaliação de pacientes 13-5
 cuidados holísticos 21-4
 competências cirúrgicas
 avaliação e desenvolvimento xi
 níveis *consulte* níveis
- complicações (da cirurgia) 238-43
 cálculos vesicais 141, 146
 derivação urinária 194, 200
 fístula retovaginal 53, 58
 alta/cicatrizada 91, 96
 circunferenciais/estenosadas 220, 226
 fístula uretral e reconstrução 169, 173
 fístulas residuais e do canto 117-8, 122
 fístulas ureterais 129-30, 134
 fístulas vesicocervicais e
 vesicouterinas 103, 108
 fístulas vesicovaginais 42-3, 47
 circunferencial 78-9, 83
 cúpula vaginal 65, 69
 incontinência (persistente) 181, 185
 intraoperatório 238
 lacerações perineais 32, 36
 neovagina (do cólon) 207, 212
 pós-operatório imediato 239-41
 pós-operatório tardio 241-3
 reconstrução vaginal 157, 162
 complicações decorrentes da anestesia
 intraoperatório 238
 pós-operatório 239
 complicações intraoperatórias 238
 comunicação 253
 conduto ilíaco 190
 conselhos de alta (específicos) 252-3
 cálculos vesicais 142
 derivação urinária 195-6
 fístula uretral e reconstrução 169
 fístulas residuais e do canto 118
 fístulas retovaginais 54-5, 252-3
 alta/cicatrizada 91-2
 circunferenciais/estenosadas 221
 fístulas ureterais 130
 fístulas vesicocervicais e vesicouterinas 104
 fístulas vesicovaginais 43, 252-3
 circunferenciais 79
 cúpula vaginal 66
 incontinência (persistente) 181
 lacerações perineais 33
 neovagina (do cólon) 207-8

- reconstrução vaginal 157–8
- consultas de acompanhamento 253
 - neovagina do cólon 207
- continência *consulte* mecanismo
 - anti-incontinência; incontinência
- cuidados clínicos pré-operatórios 13–27
 - cálculos vesicais 138–9
 - derivação urinária 191
 - fístula uretral e reconstrução 166
 - fístulas residuais e do canto 112
 - fístulas retovaginais 51
 - alta/cicatrizada 87
 - circunferencial/estenosada 216
 - fístulas ureterais 126
 - fístulas vesicocervicais e
 - vesico-uterinas 100
 - fístulas vesicovaginais 40
 - circunferenciais 75
 - cúpula vaginal 62
 - incontinência (persistente) 178
 - lacerações perineais 30
 - neovagina (do cólon) 204
 - reconstrução vaginal 150
- cuidados conservadores 18–21
 - cicatrização vaginal 150
- cuidados e apoio psicológico 23–4
- cuidados holísticos 21–25, 230, 231
- cuidados pós-operatórios 244–53
 - cálculos vesicais 141–2, 146
 - derivação urinária 195, 201
 - enfermaria 234
 - fístula uretral e reconstrução 169, 173
 - fístulas residuais e do canto 118, 122–3
 - fístulas retovaginais 54, 58, 245
 - alta/cicatrizada 91, 96
 - circunferencial/estenosada 220–1, 226
 - fístulas ureterais 130, 134
 - fístulas vesicocervicais e vesicouterinas
 - 104, 108
 - fístulas vesicovaginais 43, 47, 245
 - circunferencial 79, 83
 - cúpula vaginal 65, 70
 - incontinência (persistente) 181, 185
 - lacerações perineais 33, 36
 - neovagina (do cólon) 207, 213
 - reconstrução vaginal 157, 162
- derivação urinária 189–202
- derivação urinária Mainz pouch II 189–202
- desempenho, medição 255
- desenvolvimento de pessoal
 - (profissionais de saúde) 236
- desnutrição 22
- diagnóstico (na avaliação de pacientes) 15–18
 - cálculos vesicais 146
 - cicatrização vaginal 150, 204
 - fístula uretral 166
 - fístulas residuais e do canto 112
 - fístulas retovaginais 51
 - alta/cicatrizada 87
 - circunferencial/estenosada 216
 - fístulas ureterais 126
 - fístulas vesicocervicais e vesicouterinas 100
 - fístulas vesicovaginais 40
 - circunferenciais 75
 - cúpula vaginal 62
 - incontinência (persistente) 177–8
 - lacerações perineais 30
 - para Mainz pouch II
 - (derivação urinária) 191
- diâmetro (tamanho), fístulas obstétricas 8–11
- dieta (pós-operatória)
 - cálculos vesicais 142
 - derivação urinária 195
 - fístula uretral e reconstrução 169
 - fístulas residuais e do canto 117
 - fístulas retovaginais 51
 - alta/cicatrizada 91
 - circunferenciais/estenosadas 221
 - fístulas ureterais 130
 - fístulas vesicocervicais e
 - vesico-uterinas 104
 - fístulas vesicovaginais 43
 - circunferenciais 79
 - cúpula vaginal 65
 - incontinência (persistente) 181

- dieta (pós-operatória) (continua)
 - lacerações perineais 33
 - neovagina (do cólon) 207
 - reconstrução vaginal 157
 - consulte também* desnutrição
- dispareunia 241
- distúrbios ácido base, derivação urinária 194–5, 200
- distúrbios eletrolíticos, derivação urinária 194
- doenças congênitas 5, 150
- ecografia 235
- educação
 - comunidade/acadêmico 24–5, 233, 237
 - prevenção de fístulas 6–7
- embolia pulmonar 241
- encerramento sem tensão (vagina)
 - fístula residual e do canto 113, 116, 122
 - fístula retovaginal 52
 - alta/cicatrizada 88
 - circunferencial/estenosada 218, 219, 225
 - fístula uretral e reconstrução 167
 - fístula vesicovaginal 41
 - circunferencial 76, 79
 - cúpula vaginal 64
 - neovagina (do cólon) 205
- enfermaria de recuperação de cesariana 234
- enfermaria pós-cesariana 234
- enfermaria pré-parto 234
- enxerto de Martius 116–117, 122
- enxertos
 - de gordura (de Martius) 116–117, 122
 - fístula residual e do canto 117, 122
 - incontinência persistente 181
 - reconstrução vaginal 150, 151, 154
- enxertos de pele, reconstrução vaginal 150, 154
- epidemiologia 1–2
 - consulte também* prevalência
- episiotomia
 - fístulas residuais e do canto 114–116, 121
 - fístulas retovaginais (altas/cicatrizadas) 89
- esfíncteres anais 16
 - derivação urinária e 191
 - fístulas retovaginais e 57
 - alta/cicatrizada 95
 - circunferencial/estenosada 224
 - lacerações perineais e 36
- espaço paravesical, fístulas do canto e mobilização da bexiga para 121
- espaço retovesical 161, 211
- etiopatogenia 2–3
- exame digital trato genital 16
 - ânus 16, 52
- exame especular 17
- exame físico 16–17
- excesso de atividade dos detrusores 242
- excrementos *consulte* fezes
- falha da reparação 242
- farmácia 234
- fáscia pubocervical 9
- fatores etiológicos 3–5
- fertilidade 253
 - problemas pós-operatórios (secundários) 243
- fezes (excrementos)
 - contaminação intraoperatória 238
 - derrame 54, 88
 - exame 25
 - incontinência/perda (anal) 95, 196, 200, 224, 235, 240, 252
 - sujidade no períneo 33
- finanças 236
- fisioterapia 22–23, 234–5
 - incontinência persistente 250–52
- fístula (princípios básicos) 1–27
 - definição 1–2
 - epidemiologia
 - consulte* epidemiologia; prevalência
 - etiopatogenia 2–3
 - fatores etiológicos 3–5
 - instalações/serviços/centros de tratamento 229–37
 - configuração 229–33
 - desenvolvimento de propostas para 236

- determinação das necessidades
 - de fornecimento 229-30
- escolha de um modelo de
 - fornecimento 231-3
 - especializado e dedicado 232-3
 - manutenção 236-7
 - serviços adicionais 235-6
 - serviços essenciais 233-5
- não obstétricas, causas 4-5
- obstétrico *consulte* fístulas obstétricas
- prevenção 5-7
- fístula ureterovaginal 25-26, 125-6
- fístulas genito-anorretais
 - consulte* fístulas retovaginais
- fístulas geniturinárias
 - consulte* fístulas vesicovaginais
- fístulas obstétricas (princípios básicos)
 - avaliação de pacientes 13-18
 - causador de lesão *consulte* lesão
 - classificação 7-11
 - epidemiologia 1-2
 - estabelecimento de prevalência 229
 - estabelecimento de instalações de
 - tratamento 231-7
- fístulas residuais e do canto 111-24
- fístulas retovaginais (genito-anorretais)
 - 1, 50-60, 86-98, 245, 250
 - alta/cicatrizada 86-98, 215, 217
 - autocuidados 252-3
 - avaliação de resultados
 - consulte* avaliação de resultados
 - circunferenciais/estenosadas 215-28
 - classificação 9, 11
 - por localização 11
 - colostomia *consulte* colostomia
 - conselhos de alta *consulte* conselhos de alta
 - fístula vesicovaginal e, coexistente
 - 1, 53, 91, 218, 220, 240, 245, 250
 - simples 50-60
 - teste de coloração 18
- fístulas retovaginais circunferenciais
 - estenosadas 215-28
- fístulas ureterais 125-36
- fístulas vesicocervicais 99-110
- fístulas vesicouterinas 99-110
- fístulas vesicovaginais (geniturinárias)
 - 1, 39-49, 61-72, 74-85, 245, 246-9
 - avaliação de resultados *consulte* avaliação
 - de resultados
 - circunferenciais *consulte* fístulas
 - vesicovaginais circunferenciais
 - classificação 8, 10
 - conselhos de alta *consulte* conselhos de alta
 - cuidados conservadores 18-21
 - cúpula vaginal 61-72
 - fístula retovaginal e, coexistente 1, 53, 91,
 - 216, 220, 240, 245, 250
 - fístula ureteral e, coexistente 125-6
 - residual (após reparação) 111-24
 - simples 39-49
 - teste de coloração 17, 46, 51, 54, 62, 63,
 - 70, 75, 76, 82
- fístulas vesicovaginais circunferenciais 74-85
 - fístula do canto após reparação de 112,
 - 116
- fístulas vesicovaginais da cúpula vaginal
 - pós-histerectomia 61-72
- gravidez
 - futuro 253
 - e parto com lacerações perineais
 - anteriores 33
 - teste 25
 - consulte também* parto; enfermaria
 - pré-parto; causas obstétricas; fístulas
 - obstétricas; enfermaria pós-cesariana
- hematoma 240
- hematometra 242
- hematúria 240
- hemorragia (sangramento)
 - intraoperatório 238
 - pós-operatório 240
 - secundário 242
- higiene (pós-operatória)
 - fístula retovaginal 245
 - fístula vesicovaginal 245
 - lacerações perineais 33

- historial (médico e cirúrgico anterior) 15–6
 - cálculos vesicais 138
 - cicatrização vaginal 150, 203–4
 - derivação urinária 191
 - fístula uretral e reconstrução 166
 - fístulas residuais e do canto 112
 - fístulas retovaginais 51
 - altas/cicatrizadas 86–7
 - circunferenciais/estenosadas 216
 - fístulas ureterais 126
 - fístulas vesicocervicais e vesicouterinas 100
 - fístulas vesicovaginais 40
 - circunferenciais 75
 - cúpula vaginal 62
 - incontinência (persistente) 177
 - lacerações perineais 30
 - pessoal 15
 - reconstrução vaginal 150
- imagem de ecografia 25
- imagiologia (radiologia) 235
- incontinência de esforço 242
 - teste de 16
- incontinência de urgência 250
- incontinência e perdas 176–87, 250–52
 - clínica 235
 - de flatos 95, 216, 225, 252
 - fecal 95, 225, 235, 240, 252
 - persistente 172, 176–87, 250–52
 - urinária *consulte* incontinência urinária
 - consulte também* mecanismo anti-incontinência
- incontinência urinária/incontinência uretral (inc. perdas) 176–87, 240–41
 - após remoção de cateter 242–3
 - com fístula vesicovaginal
 - cuidados conservadores com perdas 20–21
 - cuidados conservadores na ausência de perdas 19
 - esforço *consulte* incontinência de esforço
 - persistente/residual 176–187, 250–52
- infecção
 - fístula devido a 5
 - hemorragia secundária devido a 240
 - renal, derivação urinária e 194
- infertilidade, secundária 243
- instalações especializadas e dedicadas 232–3
- intestino (pré-operatório)
 - evacuação 26, 40, 62, 75, 100, 112, 139, 166, 178
 - preparação 26, 238
 - consulte também* cólon; fezes
- investigação 255–61
 - com métodos combinados 260
 - ética 256
 - métodos 256–7
 - qualitativa 257
 - quantitativa 256–7
- lacerações perineais 4, 29–38
 - 1.º/2.º/3.º/4.º grau 29–30
 - autocuidados 252–3
 - fístula retovaginal após reparação inadequada 54–55
- lesão/trauma
 - do vaso ilíaco 130
 - iatrogénica 238
 - fístula devido a 2, 4
 - não obstétrica (fístula devido a) 4
 - obstétrica (fístula devido a) 4
 - grave/inoperável 189
- ligamento espinal
 - longitudinal anterior 212
 - longitudinal inferior 206
- ligamento pubouretral como mecanismo anti-incontinência 167, 178
- Livro de Registo do Módulo xi
- Livro de Registo Geral xi
- localização (local), fístulas obstétricas 7, 8, 10, 11
- mecanismo anti-incontinência 172, 184
 - ligamento pubouretral como 167, 178
- medicamentos
 - farmácia 234

- pós-operatório 244
- medição do volume residual após a micção 247-8
- melhorias, realização e manutenção 255
- micção/urinar
- programado ou planeado 251
 - volume residual seguinte, medição 247-8
- mobilização (paciente) 236-7
- neovagina
- do cólon 203-14
 - peritoneal 156
- níveis (de competência) xii
- nível 1 xii, 28-72
 - nível 2 xii, 73-187
 - nível 3 xii, 188-237
- nutrição; *consulte* dieta; desnutrição
- observações iniciais 25
- operação de Abbè-McIndoe 154
- pacientes
- avaliação *consulte* avaliação pré-operatória
 - comunicação e suporte 253
 - mobilização 206-7
 - no centro do processo de tomada de decisões 230
 - preparação *consulte* preparação
 - registos médicos e historial 233
 - respeito ao participar na investigação 256
- parto (prolongado e obstruído) 1-3, 5
- avaliação de pacientes 13-15
 - fístula vesicovaginal e 40
 - cuidados conservadores 18-21
 - perturbações neurológicas provocadas por 16
 - sequelas maternas e fetais 3
- parto
- futuro, lacerações perineais e 33
 - local e modo de 15
- pedras *consulte* cálculos
- perturbações neurológicas provocadas por um trabalho de parto prolongado 16
- planeamento (pré-operatório) 25-27
- cálculos vesicais 138-9
 - derivação urinária 191
 - fístula uretral e reconstrução 166
 - fístulas residuais e do canto 112
 - fístulas retovaginais 51
 - alta/cicatrizada 87
 - circunferencial/estenosada 216
 - fístulas ureterais 126
 - fístulas vesicocervicais e vesicouterinas 100
 - fístulas vesicovaginais 40
 - circunferenciais 75
 - cúpula vaginal 62
 - incontinência (persistente) 178
 - lacerações perineais 30
 - neovagina (do cólon) 204
 - reconstrução vaginal 150
- planeamento familiar 253
- pouch, derivação urinária 189-202
- preparação (paciente) 26-27
- enfermaria/quarto 233-4
- prevalência de fístulas obstétricas 1-2
- desafios no estabelecimento 229
- prevenção clínica de fístulas 5-6
- prevenção de fístulas 5-7
- procedimento de Davydov (arrastamento peritoneal) 156
- prognóstico das fístulas obstétricas, classificação e 11-12
- programa de divulgação 236-7
- programa de líquidos 251
- programa de sensibilização 236-7
- programas de embaixadores (fístula) 24-25
- publicação de investigação 257-8
- questões de género 6
- radiologia 235
- rebordo de Singapura 152-3
- rebordos
- cutâneos, reconstrução vaginal 150, 154
 - fístula retovaginal (alta/cicatrizada) 95
 - fístula uretral 127

- rebordos (continua)
 - fístula vesicovaginal (circunferencial) 76, 79
 - incontinência (persistente) 181
 - labiais, reconstrução vaginal 154
 - reconstrução vaginal 151, 152, 153, 156–8
 - rotacionais, reconstrução vaginal 154–5
 - vaginal, para fístula uretral e reconstrução 172, 184
- receção 233
- reflexo anal, avaliação 16
- registos médicos e historial 233
- regurgitação, retenção urinária com 242–3
- reimplante abdominal de ureteres 127
- relação risco-benefício 256
- relações sexuais 150, 157–8, 204, 207, 253
 - dispareunia e apareunia 241
- renal... *consulte* rim
- rim (em derivação urinária)
 - infecção 194
 - saúde/função 191, 194, 195–6
- sangramento *consulte* hemorragia
- sequelas fetais de trabalho de parto
 - prolongado e obstruído 3
- sequelas maternas de trabalho de parto
 - prolongado e obstruído 3
- serviços laboratoriais 234
- síndrome de Asherman 14, 204, 242
- síndrome de Sheehan 14, 242
- sintomas na avaliação de pacientes 13, 15
- sistema de classificação de Goh 10, 11
- sistema de classificação de Waaldijk 8–10
- sistemas de pontuação em prognóstico 11–12
- sistemas de saúde locais 229–30
- slings
 - fístula uretral e reconstrução 167
 - fístula vesicovaginal circunferencial 82
 - incontinência (persistente) 178, 179, 180, 184
- Sudeste asiático 1, 2
- tamanho (diâmetro), fístulas obstétricas 8–11
- teste de coloração 17–18, 240, 247
- fístula vesicocervical/vesicouterina 100, 101, 107
- fístulas residuais e do canto 112, 113, 115, 116, 122
- fístulas retovaginais 18, 51, 53, 54, 250
 - alta/cicatrizada 87, 91
 - circunferencial/estenosada 221
- fístulas ureterais 126, 129, 133
- fístulas vesicovaginais 17, 249
 - circunferencial 75, 76, 82
 - cúpula vaginal 62, 63, 70
 - simples 40, 41, 43, 46
- incontinência (persistente) 177, 179, 181
- reconstrução vaginal 151, 152
- testes de sangue 25
- tomada de decisões 25
 - paciente no centro do processo 230
- trato genital/aparelho reprodutor, exame
 - digital e permeabilidade 16
- trauma *consulte* lesão
- tripla micção 251
- trombose venosa profunda 241
- unidades integradas de tratamento de fístulas 232
- ureter(es)
 - em derivação urinária 190–5, 199
 - fístulas 125–36
 - reimplante abdominal 127–8
 - reimplante vaginal 128–30
 - reparação de fístula residual e do canto e 121
 - reparação de fístula vesicovaginal e 43, 45–6
 - circunferenciais 82
 - cúpula vaginal 62, 64, 69
 - reparação de fístulas vesicocervicais/vesicouterinas e 107
- uretra
 - cateteres *consulte* cateterismo
 - direção do encerramento 9
 - estenoses 75
 - como complicação 78, 181, 241
 - exame 16
 - fístula, e reconstrução 165–75

- meato externo 10
- reparação de fístula vesicovaginal
circunferencial e 82
- urgência e incontinência de urgência 250
- urina
 - medição do volume residual após a micção 247–8
 - produção, falta (anúria) 239
 - retenção 247–8
 - com regurgitação 242
 - sangue em (hematúria) 240
- urinar *consulte* micção
- útero
 - mobilização da bexiga a partir de 107
 - reparação 107
- vagina 149–64
 - cálculos (pedras) 14, 16, 138, 139
 - cicatrização 15, 161, 211
 - dilatação 150, 157, 161
 - estenose, diagnóstico 150, 204
 - estenoses 241
 - fístulas residuais e do canto e encerramento de 122
 - fístulas vesicocervicais e vesicouterinas e reparação de 108
 - fístulas vesicovaginais e encerramento de circunferenciais 83
 - cúpula vaginal 70
 - simples 46
 - rebordos 172, 184
 - reconstrução (em estenose grave) 149–64
 - reimplante ureteral em 128–30
 - reparação 108
 - consulte também* neovagina; fístulas retovaginais; fístulas vesicovaginais
 - validade 256
 - valor socioclínico 256
 - vasos mesentéricos 129, 205, 211
 - via abdominovaginal, fístulas retovaginais circunferenciais/estenosadas 219–20, 224, 225
 - via suprapúbica, cálculos vesicais 140–1, 145
 - via/abordagem abdominal
 - cálculos vesicais 140–1, 145
 - cuidados pós-operatórios de reparações via 245–6
 - fístula retovaginal (alta/cicatrizada) 90, 94, 96
 - fístulas ureterais 127–8, 133
 - fístulas vesicocervicais e vesicouterinas 102–3, 108
 - fístulas vesicovaginais (cúpula) 64–65, 68–70
 - neovagina 204–6
 - via/abordagem vaginal
 - cálculos vesicais 139, 145
 - fístula ureteral 128–9, 133
 - fístulas retovaginais
 - altas/cicatrizadas 88–89, 94, 95
 - circunferenciais/estenosadas 217–8, 224
 - fístulas vesicocervicais e vesicouterinas 100–1, 108
 - fístulas vesicovaginais (cúpula) 62–3, 68–70
 - neovagina 204–6
 - consulte também* via abdominovaginal

A FIGO é uma organização profissional que reúne mais de 130 associações de obstetrícia e ginecologia de todo o mundo. A FIGO tem como visão conseguir que mulheres de todo o mundo possam beneficiar dos mais elevados padrões de bem-estar e saúde física, mental, reprodutiva e sexual durante toda a vida.

A FIGO lidera em matéria de atividades programáticas globais, com um foco especial na África Subsariana e no Sudeste Asiático. Um desses programas consiste na Iniciativa de Formação em Cirurgia de Fístulas, um projeto pioneiro com vista a formar mais equipas multidisciplinares e cirurgiões de fístulas de países com prevalência das mesmas, para que um número significativamente mais elevado de mulheres possa obter cuidados de elevada qualidade no tratamento de fístulas.

O presente manual, compilado por especialistas do setor, serve como um recurso de formação padronizado para a Iniciativa de Formação em Cirurgia de Fístulas, bem como para a comunidade mais alargada que lida com fístulas. Este manual tem como objetivo equipar os cirurgiões com os conhecimentos e as competências necessários para prestar cuidados cirúrgicos e holísticos especializados a mulheres afetadas por fístulas obstétricas.



ISBN 978-0-9929457-0-1

Número de registo de instituição de solidariedade social 1113269

Número de registo comercial 05498067

© 2023 International Federation of Gynecology and Obstetrics