

Capítulo 4

Cuidados de Enfermagem na sala de operações

Preparação para a cirurgia

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



Figura 29 Pacientes preparadas para a cirurgia

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

Segurança da paciente

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

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

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

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

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

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

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

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

Posicionar a paciente na mesa de operações

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



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

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

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

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

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

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

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

Privacidade e respeito

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

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

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

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



Figura 31 Privacidade obtida através de biombos entre mesas cirúrgicas

Instrumentista

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



Figura 32 Enfermeiros e cirurgiões a trabalhar juntos

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

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



Figura 33 Exemplo de carrinho bem organizado

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

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

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

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

Instrumentos

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

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

Instrumentos necessários para cirurgia vaginal de fístula:

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

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

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



Figura 34 Instrumentos para correção cirúrgica de fístula



Figura 35 Exemplo de conjunto de instrumentos para fístula FIGO



Figura 36 Tesouras especializadas para correção de fístula

Suturas

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



Figura 37 Diferentes suturas utilizadas em correção cirúrgica de fístula

As suturas de fístula incluem:

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

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

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

Conclusão da cirurgia

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

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

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



Figura 38 Gaze visível no tampão vaginal

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

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