

5 NO BLOCO OPERATÓRIO

Anestesia

A anestesia espinal é o método preferido para todos os casos de fístula. (Figura 5.1) A maioria dos cirurgiões de fístulas está acostumada a administrar por si mesma a anestesia espinal e depois realizar a operação. Na maioria dos países, foram formadas mais enfermeiras anestestistas e esta prática é agora rara. A bupivacaína a 0,5% em glucose (Marcain Heavy) é ideal como anestésico de ação mais prolongada, embora a lidocaína a 5% em glucose a 7,5% possa ter a sua duração prolongada pela adição de adrenalina (epinefrina). A técnica preferida por alguns consiste em injetar adrenalina 1:1000 na seringa, expeli-la e, em seguida, injetar lidocaína. A humidificação do interior da seringa fornece adrenalina suficiente.



Figura 5.1

Esta é uma boa posição para administrar uma anestesia espinal, embora nem todas as pacientes consigam inclinar-se tanto. (Fotografia cortesia de Kees Waaldijk)



Figura 5.2

A paciente fica sentada durante cerca de 5 a 10 minutos enquanto a anestesia espinal faz efeito. Em contrapartida, alguns deitam-na passados uns minutos, certificando-se de que a cabeça está ligeiramente levantada.

Nesta fotografia, a paciente tem a cabeça e a parte superior das costas levantadas sobre almofadas.

A dose habitual é de 2 cm³ de lidocaína a 5% em glucose a 7,5% ou 2 cm³ de Marcain Heavy. Alguns cirurgiões sentam a paciente durante 5 minutos. Outros deitam-na, com a cabeça ligeiramente levantada, e aguardam que perca a força e a sensibilidade antes de lhe levantarem as pernas. Outros ainda deitam-na e levantam-lhe de imediato as pernas posicionando-as nas perneiras. Em termos críticos, a cabeça não deverá ser inclinada para baixo durante, pelo menos, 10 minutos até que todo o anestésico tenha sido absorvido. Caso contrário, a paralisia do centro respiratório pode ser fatal através de uma anestesia espinal ascendente. (Figura 5.2) Quando eu próprio administro a anestesia espinal, prefiro sentar a paciente até começar a perder força nas pernas, depois deito-a e coloco-a em posição.

Se as circunstâncias obrigarem a administrar a anestesia espinal e a operar sem qualquer apoio anestésico, certifique-se de que consegue terminar a operação antes de o efeito da anestesia passar. Os cirurgiões menos experientes não se sentiam confortáveis a operar sem ajuda anestésica e eu aconselharia a não o fazerem. Algumas pacientes necessitam de petidina ou, ocasionalmente, de cetamina para concluir a operação, podendo surgir emergências inesperadas em qualquer altura.

Por vezes, alguns cirurgiões preferem mudar para uma via abdominal após avaliação vaginal sob o efeito de anestesia espinal. Se a paciente estiver inicialmente deitada durante 5 minutos, a anestesia espinal deve ser elevada o suficiente para permitir uma via abdominal inferior. No entanto, é essencial dispor de um apoio anestésico para o caso de surgirem dificuldades durante a cirurgia abdominal.

Antibióticos

Alguns cirurgiões prescrevem antibióticos durante todo o período pós-operatório, enquanto outros preferem não prescrever qualquer antibiótico.

É sabido que, por norma, a infeção resulta de contaminação durante a operação, pelo que é prática comum na comunidade de fístulas administrar uma dose intravenosa única de gentamicina de 160 mg ao mesmo tempo que a anestesia, antes do início da operação. Acrescento 400 mg de metronidazol por via intravenosa para os casos de lacerações do esfíncter e fístulas retovaginais. Esta prática baseia-se, em grande parte, numa série não publicada que realizámos em Adis Abeba há cerca de 20 anos. Realizámos esfregaços nas vaginas de 100 pacientes consecutivas e em todas elas se desenvolveu a *E. coli*, sendo que quase todas eram resistentes à ampicilina, mas sensíveis à gentamicina. A adição de metronidazol para os casos retais não foi estudada, mas parece prudente.

Manteríamos os antibióticos durante 24-48 horas, mas apenas em caso de contaminação fecal acidental ou outra indicação de infeção.

Instrumentos

Instrumentos básicos

Para fístulas simples, são necessários os seguintes instrumentos (Figura 5.3):

- Espéculo de Auvard
- tesoura de dissecação de alta qualidade



Figura 5.3

Um conjunto padrão de instrumentos para fístulas.

- pinça de dissecação dentada
- Suporte de agulhas
- Tesoura de sutura
- Pinça para tecidos Allis
- pinça para artérias
- cateter metálico
- pequena sonda para identificação dos ureteres
- lâmina n.º 15 (não ilustrada) e suporte da lâmina de bisturi
- recipientes, como bacias reniformes e panelas de cozinha.

Instrumentos adicionais

Em toda a gama de cirurgias de fístulas, é útil utilizar alguns instrumentos mais especializados.

Retratores

- Espéculo de Sims para exposição do interior da bexiga
- pequeno retrator Langenbeck para acesso aos fórnices vaginais
- Espéculo de Auvard. Idealmente, este deve estar disponível com lâminas vaginais curtas e compridas e com diferentes angulações.

Tesoura

A maioria dos cirurgiões tem uma tesoura favorita. As nossas são as seguintes (Figura 5.4):

- Tesoura de amígdala Boyd-Stille para dissecação fina
- Tesoura Thorek, com uma curva acentuada na ponta
- Tesoura de fístulas Kelly para cortar através da cicatriz.



Figura 5.4

Todos os cirurgiões têm a sua tesoura favorita. Estas são as mais populares entre os cirurgiões de fístulas. São extremamente afiadas, com uma ponta fina em a) e c). a) Boyd Stille. b) Thorek. c) Stille-Matarasso.



Figura 5.5

Estas agulhas são excepcionalmente boas para trabalhar nos espaços difíceis de uma operação de fístulas. a) Uma sutura Monocryl numa agulha de 26 mm 5/8, b) é uma sutura Vicryl 2-0 numa agulha de 36 mm 5/8. Ambas têm uma estrutura arredondada e são muito resistentes. Quando necessário, podem ser passadas através do perióstio.

Suturas e agulhas

(Consulte a figura 5.5) Nunca utilize suturas não absorvíveis, porque mais tarde podem formar-se cálculos na bexiga.

A escolha da sutura pode ser determinada em função da disponibilidade. Alguns stocks de catgut crómico são pouco fiáveis, pelo que preferimos evitar a sua utilização, uma vez que se dissolvem muito rapidamente. Se disponível, a sutura Vicryl 2-0 e 3-0 seria a primeira escolha da maioria dos cirurgiões. As suturas absorvíveis monofilamento mais recentes são muito práticas de utilizar.

Para o encerramento da bexiga, é preferível utilizar agulhas de meio círculo, de 26 mm, resistentes e de estrutura arredondada. Para trabalhos de fístula mais avançados, as agulhas em J com buraco são uma ajuda enorme, mas são muito difíceis de encontrar atualmente.

A agulha perfeita para uma sutura é uma agulha já preparada de 5/8 de círculo de 26 mm com uma sutura Vicryl 2-0, mas é cara. Reservamo-la para efetuar suturas em cantos difíceis, reparações circunferenciais e situações graves. Depois de usar as agulhas de 5/8 de círculo, nunca mais vai querer usar outra coisa!

Quando necessário, é possível utilizar uma agulha de corte maior para fixar suturas através do periósteo, embora a agulha de 5/8 da Ethicon seja suficientemente resistente para o fazer.

Mesa cirúrgica

É aconselhável utilizar em todas as fases da cirurgia uma mesa cirúrgica que incline, pelo menos, 50° e que tenha apoios para os ombros e perneiras. (Figura 5.6) As reparações de fistulas mais simples podem ser efetuadas com uma inclinação menor e sem apoios para os ombros.



Figura 5.6

Uma mesa boa para a cirurgia de fístulas. Note a inclinação acentuada, as almofadas de ombro seguras e as perneiras. O apoio de pernas está aqui colocado, mas deve ser retirado.

Iluminação

Um simples holofote é suficiente para os casos simples. (Figura 5.7) Nos casos em que o fornecimento de eletricidade é irregular, pode ser necessário operar à luz do dia. (Figura 5.8) Coloque a mesa perto de uma janela grande. Em alguns hospitais, é disponibilizada uma gama completa de equipamento de iluminação. (Figura 5.9)

Como trabalhamos em diferentes hospitais com iluminação imprevisível (Figura 5.10), preferimos ter a nossa própria fonte de iluminação independente. (Figura 5.11) A lâmpada de encaixe pode ser utilizada nos próprios óculos ou fornecida em conjunto com uma armação de óculos neutra.



Figura 5.7
Um holofote simples.



Figura 5.8
Kees Waaldijk a trabalhar à luz do dia em Katsina.



Figura 5.9
Um sistema de iluminação muito sofisticado em Adis Abeba, Etiópia.



Figura 5.10
Uma lâmpada avariada: uma situação demasiado comum.



Figura 5.11

Dois exemplos de lanternas de cabeça: a) Uma lanterna simples que se pode prender aos óculos, b) Uma lanterna muito bonita e brilhante numa bandolete. Ambas as lanternas têm uma bateria que pode ser guardada no bolso da camisa e ligada através da bata.

A bateria recarregável pode ser guardada num bolso do uniforme médico e ligada e desligada através de uma bata esterilizada, proporcionando uma iluminação brilhante durante 4 horas.

Posição na mesa cirúrgica

Quanto mais inclinada for a posição de cabeça para baixo, melhor. (Figura 5.12) No entanto, é essencial ter apoios para os ombros de muito boa qualidade; caso contrário, a paciente irá deslizar pela cama durante a operação.



Figura 5.12

John Kelly a demonstrar a posição correta de uma paciente com a cabeça para baixo.

As nádegas da paciente devem estar posicionadas para além da extremidade da mesa e as coxas bem fletidas sobre o abdómen nas pernas. (Figura 5.13) Se pretender uma maior inclinação de Trendelenburg, pode colocar almofadas ou travesseiros adicionais por baixo das nádegas da paciente. (Figura 5.14)



Figura 5.13

Quando não existem apoios para os ombros, as nádegas da paciente devem ficar penduradas na extremidade da cama, com o sacro mesmo à ponta da extremidade da cama. A visibilidade fica impedida se estiver demasiado perto da cama e a paciente irá escorregar para baixo. Tenha em conta que as coxas estão bem fletidas.



Figura 5.14

Esta mesa cirúrgica não foi inclinada o suficiente, mas pode elevar a paciente na ponta da cama, colocando uma almofada por baixo, na extremidade da cama. A paciente tinha as nádegas bem afastadas da extremidade da cama, as pernas estavam altas e bem colocadas, levantando as pernas, e a visibilidade era boa para o cirurgião, o assistente e os instrumentadores.

Posição do cirurgião

O cirurgião deve estar numa posição confortável. (Figuras 5.15 e 5.16)



Figura 5.15

A mesa está demasiado baixa, obrigando o cirurgião a curvar-se. O cirurgião acabará por ficar com dores nas costas.



Figura 5.16

O campo cirúrgico deve estar ao nível dos olhos e o cirurgião deve manter uma boa postura durante todo o processo.