



Ordem dos Médicos

**COLÉGIO DE
ANESTESIOLOGIA**

Presidente

Humberto Machado

Direcção do Colégio

Figueiredo Lima

Joaquim Viana

José Veiga

Manuel Chedas

Manuel Costa Sousa

Manuel Seixas

Nuno Medeiros

Pedro Branca

Rosário Abrunhosa

Condições de Administração de Anestesia Regional

Condições mínimas de exequibilidade técnica

A Anestesia Regional deve ser executada por médicos especialistas em Anestesiologia, ou por médicos internos, em treino, sempre na presença de médico especialista em Anestesiologia.

Avaliação pré-anestésica

É indispensável uma avaliação pré anestésica em consulta de anestesia ou /e visita pré anestésica, para o que deverão estar disponíveis meios complementares de diagnóstico, a saber:

- Hemograma com plaquetas
- Estudo a coagulação
- ECG com 12 derivações em doentes acima dos 40 anos e a todos os portadores de doença cardíaca ou suspeita da mesma
- Rx tórax PA

Para além do estado físico (grau ASA) deverão estar particularmente documentadas quaisquer alterações neurológicas se as houver.

Local

Bloco Operatório, sala de indução ou local com fonte de O₂, rampa de vacuo e possibilidade de suporte avançado de vida.

É indispensável monitorização mínima obrigatória.

Devem existir acesso ou acessos venosos funcionantes e considerados adequados à intervenção cirúrgica proposta.

Sedação

O grau de sedação deve ser considerado adequado mas que permita ao doente interagir com a equipa.

Não é aceitável a execução de técnicas de anestesia regional em doentes sob anestesia geral.

Exceptua-se o grupo pediátrico.



Ordem dos Médicos

COLÉGIO DE ANESTESIOLOGIA

Presidente

Humberto Machado

Direcção do Colégio

Figueiredo Lima

Joaquim Viana

José Veiga

Manuel Chedas

Manuel Costa Sousa

Manuel Seixas

Nuno Medeiros

Pedro Branca

Rosário Abrunhosa

Paramentação

Lavagem de desinfecção das mãos e antebraços.

Uso de máscara e barrete, bata esterilizada e luvas sem pó (prevenção do tissue-coring).

A grande percentagem de contaminação/infecção tem origem na orofaringe e mãos do executante.

Desinfecção

Desinfecção do local de punção de preferência com clorhexidina alcoólica, aguardando-se o tempo necessário a secagem do soluto antes de proceder à punção.

O local de punção, sempre que possível, deverá ser delimitado por campos estéreis.

Anticoagulação/antiagregação plaquetária

A anticoagulação e antiagregação plaquetária, com excepção do ácido acetil-salicílico e heparinas de baixo peso molecular são contra-indicações absolutas para a execução de bloqueios do neuro-eixo e em locais não compressíveis externamente.

Devem ser respeitados os intervalos de segurança relativos à administração de heparinas de baixo peso molecular.

Consumíveis

A ocorrência de cefaleias pós-punção da dura-mater têm relação directa com o calibre das agulhas utilizadas para o bloqueio do neuroeixo, pelo o que devem ser utilizadas as agulhas mais finas possíveis.

Para a execução de bloqueios periféricos, devem ser utilizadas agulhas centimetradas e de bisel curto, no sentido de permitir a identificação das estruturas anatómicas (fascias) e ainda calcular com rigor a profundidade do bloqueio.

Não são ainda consensuais as características das agulhas utilizadas para bloqueios ecoguiados.



Ordem dos Médicos

COLÉGIO DE ANESTESIOLOGIA

Presidente

Humberto Machado

Direcção do Colégio

Figueiredo Lima

Joaquim Viana

José Veiga

Manuel Chedas

Manuel Costa Sousa

Manuel Seixas

Nuno Medeiros

Pedro Branca

Rosário Abrunhosa

Anatomia e farmacologia

A execução de técnicas de anestesia regional exige profundos conhecimentos de anatomia, bem como da farmacocinética e farmacodinâmica dos anestésicos locais e coadjuvantes.

É fundamental a identificação da toxicidade sistémica dos anestésicos locais: neurológica e cardíaca.

Em todos os locais onde se executam técnicas de anestesia regional, deve existir emulsão lipídica pronta a usar caso de detecte toxicidade dos anestésicos locais (www.lipidrescue.org).

Localização das estruturas a bloquear

A execução de bloqueios periféricos devera ser executada idealmente sob controlo ecográfico, com ou sem apoio de neuroestimulação.

A neuroestimulação continua a ser a técnica mais utilizada para a execução de bloqueios periféricos.

As técnicas de parestesia e transarteriais não são aceitáveis.

Neuro-estimulação

- Intensidade: penetrar a pele com intensidade 0, subir para 1,5 miliamperes e após encontrar a resposta adequada diminuir até resposta com intensidade mínima 0,5 a 0,2 miliamperes.
Abaixo destes valores, existe o risco de injeção intraneural.
- Frequência: não é consensual.
É aceitável o uso de 1 Hertz ou 2 Hertz de acordo com a patologia e a experiencia do executante.

Manuseamento de cateteres e filtros

Os cateteres periféricos não devem ser introduzidos mais de 4 a 5cm a partir da ponta da agulha introdutora, sob pena de dobrarem e se tornarem ineficazes ou de formarem nós cuja exteriorização só pode ser feita de forma cirúrgica.



Ordem dos Médicos

**COLÉGIO DE
ANESTESIOLOGIA**

Presidente

Humberto Machado

Direcção do Colégio

Figueiredo Lima

Joaquim Viana

José Veiga

Manuel Chedas

Manuel Costa Sousa

Manuel Seixas

Nuno Medeiros

Pedro Branca

Rosário Abrunhosa

O uso de perfusões contínuas com ou sem bolus é preferível a repicagens quer pela estabilidade da analgesia, quer pela menor necessidade de manuseamento de filtros coma inerente possibilidade de contaminação/infecção.

Pesquisa do espaço epidural com ar ou soro fisiológico

Não é consensual o recurso a qualquer destas técnicas.

No entanto a pesquisa do espaço epidural com soro fisiológico, não só é estéril, como permite uma distribuição mais homogénea do anestésico local.

A pesquisa com soro exclui ainda a possibilidade de pneumoencefalo no caso de punção acidental da dura-mater.

Cuidados pós-anestésicos

A manipulação de cateteres colocados no neuroeixo ou em zonas profundas não compressíveis externamente deve respeitar os tempos de segurança relativamente a administração de heparinas de baixo peso molecular (mínimo 12 horas de intervalo).

E possível fazer o diagnóstico precoce do hematoma epidural através de monitorização apertada do bloqueio sensitivo-motor no caso de abordagem do neuro-eixo.

Se após 6-8 horas da execução do bloqueio não houver regressão do mesmo, deverá ser feito exame neurológico e ser contactada neurocirurgia.

Pela Direcção do Colégio de Anestesiologia

Humberto Machado

04.03.2011