

RECOMENDAÇÕES SOBRE ANESTESIA EM PEDIATRIA (REVISÃO DAS RECOMENDAÇÕES DE 24.02.2012)

COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ANESTESIOLOGIA

Passados cerca de oito anos da publicação das primeiras Recomendações sobre Anestesia em Pediatria pela Direcção do Colégio de Especialidade de Anestesiologia, impõe-se uma revisão.

Enquadramento

A minimização dos riscos de eventos críticos associados à anestesia de lactentes e crianças sempre foi um desafio constante. Relativamente a este assunto Walid Habre e col. em 2017, publicaram um estudo observacional prospetivo, multicêntrico, abrangendo 261 hospitais, no sentido de documentar a morbi/mortalidade associada à anestesia pediátrica na Europa. As conclusões do Estudo Multicêntrico APRICOT (*Anaesthesia PRactice In Children Observational Trial*) promovido pela Sociedade Europeia de Anestesiologia Pediátrica, revelaram que *crianças com idade inferior a 3 anos e/ou história de prematuridade, patologia metabólica, genética ou neurológica, roncopatia, condição médica com febre ou sob medicação, hipersensibilidade das vias aéreas, têm um risco acrescido de ter uma complicação crítica grave, devendo ser anestesiadas sob a supervisão directa de um Anestesiologista com experiência e prática regular em anestesia pediátrica* (1).

Da análise da incidência de alguns eventos críticos em anestesia pediátrica foram encontradas diferenças 2 a 10 vezes superiores nalguns países, o que poderá refletir, entre outros fatores, treino inadequado e/ou inexperiência de alguns Anestesiologistas. Uma análise multivariada, revelou que a frequência destes eventos críticos estava inversamente associada ao número de crianças anestesiadas (2).

Esta revisão das recomendações na prática da anestesiologia pediátrica, respeita os seguintes pressupostos:

i. A prática médica e cirúrgica na população pediátrica, é reconhecida como tendo especificidades próprias, exigindo profissionais qualificados, com o adequado treino e

experiência específica, sendo desaconselhável a sua execução de uma forma esporádica e ocasional.

ii. Os doentes em idade pediátrica devem ser abordados em circuitos específicos para o efeito e em programas cirúrgicos dedicados.

iii. Devem estar salvaguardadas as Recomendações de Consenso para a prática da Cirurgia Pediátrica, acordadas pelos Colégios de Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica e Anestesiologia, e homologadas pelo Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos:

http://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Cirurgia_Pediatica__recomendacões_de_consenso_28052014_vfinal_rMS_5.pdf

Recomendações

1 - Crianças no período neonatal (até aos 28 dias ou, no prematuro, com idade pós-concepção até às 60 semanas):

Transferência para Hospital Central, com Serviço de Cirurgia Pediátrica e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / Pediátricos.

Nas intervenções mais complexas e/ou em recém-nascidos de maior risco, considerar a possibilidade da presença de um segundo especialista em Anestesiologia.

A Prematuridade definida como o nascimento antes de completadas as 37 semanas de gestação, está associada a elevada probabilidade de alterações do neuro-desenvolvimento, doenças crónicas e situações que requerem cirurgia/anestesia, mais frequentemente do que os bebés de termo.

Assim, recomenda-se:

- o adiamento de procedimentos não prioritários até às 60 semanas de idade pós-concepção (IPC), para crianças nascidas antes das 37 semanas de gestação;
- se necessária uma intervenção urgente antes das 60 semanas IPC, devem garantir-se condições de vigilância e monitorização contínua durante 24 horas;

- se ocorrer apneia nas primeiras 12 horas do período de monitorização, a criança deve ser admitida numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / Pediátricos (3).

2 – Crianças no período de 29 dias a 3 anos:

Considerar a realização da intervenção cirúrgica, se os seguintes pressupostos estiverem todos cumpridos:

- Doente com classificação ASA I ou ASA II, sem síndromes, e sem os factores de risco mencionados anteriormente decorrentes do estudo APRICOT; caso contrário, transferência para Hospital Central, com Serviço de Cirurgia Pediátrica e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / Pediátricos.
- Anestesiologista qualificado, com experiência regular em anestesia pediátrica (recomenda-se a qualificação em SAV Pediátrico);
- Equipa de enfermagem com experiência;
- Condições de Bloco Operatório adequadas (ver ponto 3).

3 – Condições de Bloco Operatório adequadas:

Equipamento específico e dedicado à população pediátrica:

- a) Carro de Ressuscitação devidamente equipado com monitor/desfibrilhador com pás de desfibrilhação pediátricas (tamanhos para todas as idades)
- b) Dispositivos de manutenção da via aérea para todas as idades, incluindo material para abordagem da via aérea difícil.
- c) Ventilador anestésico equipado com módulos de ventilação por pressão e volume, possibilitando ventilação mecânica de forma adequada à idade e peso dos pacientes.
- d) Equipamento de monitorização não invasiva, nomeadamente electrocardiografia, pressão arterial, oximetria de pulso, capnografia, temperatura, do relaxamento muscular, e, recomendável, da profundidade anestésica com EEG processado.

- e) Sistemas de administração de fluidos por via intravenosa (seringas e bombas perfusoras)
- f) Sistemas de aquecimento e manutenção da temperatura corporal.
- g) Tabelas escritas, de acesso rápido, com as concentrações, volumes e dosagens pediátricas dos fármacos.
- h) Recobro Anestésico / Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA)

4 – Nomeação de Responsável pela Área de Anestesia Pediátrica

De acordo com a organização de cada Serviço de Anestesiologia é recomendada a nomeação de um especialista responsável pela área de anestesia pediátrica.

5 – Aplicabilidade

Compete aos responsáveis das Instituições e Directores dos Serviços de Anestesiologia, de acordo com a sua realidade, criar as condições necessárias para a implementação destas recomendações, as quais visam o exercício de uma prática anestésica pediátrica com qualidade e segurança.

Bibliografia

- 1 – Habre W, Disma N, Virag K, Becke K, *et al.* Incidence of severe critical events in paediatric anaesthesia (APRICOT): a prospective multicentre observational study in 261 hospitals in Europe. *Lancet Resp Med* 2017; published online March 28. [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600\(17\)30116-9](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600(17)30116-9).
- 2 – Lerman J. Time for a paradigm shift in paediatric anaesthesia in Europe. *Lancet Resp Med* 2017; published online March 28. [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600\(17\)30117-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600(17)30117-0).
- 3 – Pang LM. Anesthesia for ex-premature infants and children. <https://uptodate.com> 2019

Direcção do Colégio da Especialidade de Anestesiologia da Ordem dos Médicos,
Setembro de 2020