



## ORDEM DOS MÉDICOS

COLÉGIO DA ESPECIALIDADE  
DE ANESTESIOLOGIA

# RECOMENDAÇÕES SOBRE ANESTESIA EM PEDIATRIA

(Revisão das recomendações de 24.02.2012)

Divulgamos a revisão do parecer do Colégio da Especialidade aprovado pelo CNE em (data a definir) sobre anestesia em pediatria, cuja versão inicial remonta a 24 de Fevereiro de 2012.

## Introdução

A minimização dos riscos dos eventos críticos e paragem cardíaca 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 (1). O que distingue este trabalho dos anteriores é o facto de obtermos uma perspetiva internacional relativamente à anestesia pediátrica, podendo ser a base para estratégias futuras de melhoria de qualidade.

Ao analisarmos alguns eventos (ex: laringospasmo), encontramos diferenças de 2-10 vezes superiores nalguns países relativamente a outros, o que poderá refletir fatores ambientais ou um treino inadequado e/ou inexperiência de alguns Anestesiologistas. Uma análise multivariada, revelou que Anestesiologistas seniores tinham menos 1% de eventos críticos respiratórios, por ano de experiência. Além disso, a frequência de eventos críticos dos centros que os reportaram estava inversamente associada ao número de crianças anestesiadas (2).

Em alguns países, a Anestesia Pediátrica é uma subespecialidade reconhecida e certificada. A finalidade deste treino específico é a confirmação de que os candidatos recebem um ensino adequado, experiência clínica e atividade de pesquisa séria no manuseio de recém-nascidos, lactentes e crianças pequenas, de forma a lhes proporcionarem os melhores cuidados possíveis. A educação médica contínua em anestesia pediátrica após a graduação e a re-certificação, deveriam ser mandatórias, pois só desta forma se conseguiriam resultados de alta qualidade em todo o período per-operatório (2,3).

Relativamente à Prematuridade que é definida como o “nascimento antes de completadas as 37 semanas de gestação”, é particularmente importante não esquecer que a criança ex-prematura, tem alta probabilidade de ter uma alteração do seu neuro-desenvolvimento, com problemas de saúde crónicos e situações que requerem cirurgia/anestesia mais frequentemente do que os bebés de termo.

Os fatores de risco de apneia pós-operatória nestes lactentes estão relacionados com a idade pós-concepção (IPC); sem anemia, este risco diminui para <5% nos prematuros com IPC > 52 a 54 semanas se ao nascimento tiverem 35 ou 32 semanas respetivamente.



## ORDEM DOS MÉDICOS

COLÉGIO DA ESPECIALIDADE  
DE ANESTESIOLOGIA

### **Assim é preconizado:**

- o adiamento de procedimentos eletivos até às 58 semanas IPC, para crianças que nasceram antes das 37 semanas de gestação;
- se é necessária uma intervenção urgente antes das 58 semanas IPC, a criança deve ser monitorizada para a apneia e bradicardia, com oximetria de pulso e eletrocardiografia contínua durante 24 horas;
- se ocorrer apneia nas primeiras 12 horas do período de monitorização, o doente deve ser admitido numa Unidade de Cuidados Intensivos (4).

### **Enquadramento**

Em Portugal e passados cerca de oito anos da publicação das primeiras Recomendações sobre Anestesia em Pediatria pelo Colégio de Especialidade de Anestesiologia, impõe-se uma revisão e um ajuste daquelas, tendo em conta diversos factores, entre os quais:

- a baixa natalidade registada em Portugal na última década;
- a diminuição da densidade populacional e o envelhecimento registado nos distritos do interior do país;
- o aumento do número de partos de prematuros em Portugal e conseqüente aumento do número de bebés prematuros e de baixo peso que necessitam de procedimentos / intervenções cirúrgicas com apoio de anestesiologia;
- as conclusões do Estudo Multicêntrico APRICOT (Anaesthesia PRactice In Children Observational Trial) promovido pela Sociedade Europeia de Anestesiologia Pediátrica, que concluiu que “crianças com idade inferior a 3 anos e/ou história de prematuridade, patologia metabólica, genética ou neurológica, hipersensibilidade das vias aéreas (classificação ASA III ou IV), 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”;

A Direcção do Colégio da Especialidade de Anestesiologia propõe a revisão das Recomendações anteriores, mantendo 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. Em Portugal, como na grande maioria dos países, a Anestesiologia Pediátrica não é uma subespecialidade médica, nem uma competência, pelo que importa definir e salvaguardar a qualificação dos Anestesiologistas, nomeadamente os colocados em hospitais não especializados, para a realização de actos anestésicos na população pediátrica.

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

iv. 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\\_Pediatria\\_recomendacoes\\_de\\_consenso\\_28052014\\_vfinal\\_RMS\\_5.pdf](http://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Cirurgia_Pediatria_recomendacoes_de_consenso_28052014_vfinal_RMS_5.pdf)



## Recomendações

Preconizam-se as seguintes recomendações na prática da anestesiologia pediátrica:

### **1 – Crianças no período neonatal (até aos 28 dias ou com idade pós-concepção até às 58 semanas):**

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

Nas intervenções mais complexas e em recém-nascidos de maior risco, por exemplo, em neonatos que carecem de cuidados anestésicos particularmente exigentes para manutenção da segurança do doente, considerar a possibilidade de ajuda por um segundo especialista em Anestesiologia.

### **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
- Equipa de enfermagem com experiência
- Condições de Bloco Operatório adequadas\*
- Anestesiologista qualificado, com experiência regular em anestesia pediátrica (recomenda-se a qualificação em SAV Pediátrico)

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

#### \* BLOCO OPERATÓRIO ADEQUADO OBRIGA À EXISTÊNCIA DE:

Equipamento específico e dedicado à população pediátrica:

1 – Carro de Ressuscitação devidamente equipado com monitor/desfibrilhador com pás de desfibrilhação pediátricas (tamanhos para todas as idades)

2 – Dispositivos de manutenção da via aérea para todas as idades, incluindo máscaras faciais, laríngeas, tubos endotraqueais, laringoscópio e lâminas pediátricas.

3 – Ventilador anestésico equipado com módulos de ventilação por pressão e volume, possibilitando ventilação mecânica de forma adequada à idade e peso dos pacientes.

4 – Equipamento de monitorização não invasiva, nomeadamente electrocardiografia, pressão arterial, oximetria de pulso, capnografia, temperatura, do relaxamento muscular quando necessário, e da profundidade anestésica com EEG processado.

5 – Sistemas de administração de fluidos por via intravenosa (seringas e bombas perfusoras)

6 – Sistemas de aquecimento e manutenção da temperatura corporal.

7 – Tabelas escritas, de acesso rápido, com as concentrações, volumes e dosagens pediátricas dos fármacos.

8 – Recobro Anestésico / Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA)



**ORDEM  
DOS MÉDICOS**

COLÉGIO DA ESPECIALIDADE  
DE ANESTESIOLOGIA

## **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 – [www.safetots.org](http://www.safetots.org)
- 4 – Pang LM. Anesthesia for ex-premature infants and children. <https://uptodate.com> 2019

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

Janeiro de 2020