



**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 O<sub>2</sub>, 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](http://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