



1 - OBJETIVO:

Padronizar a prática da Anestesia, realizada pelo médico anestesiológico em todas as suas etapas (avaliação Pré-anestésica, técnica anestésica e recuperação)

2 - ABRANGÊNCIA:

- Locais:

Centro Cirúrgico

SADT : Hemodinâmica, Endoscopia, Ressonância, Tomografia, RX, US, Angiografia, Medicina Nuclear

Radioterapia

- Grupo de Pacientes:

Neonatal, Pediatria, Adultos e Geriátricos

- Complexidade:

Todos as classificações de ASA.

3 - GLOSSÁRIO:

ASA – Classificação de risco do paciente segundo os critérios da American Society of Anesthesiology.

APA – Avaliação Pré-anestésica.

Urgência - a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial à vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. (1)

Emergência - constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato. (1)

Eletivo- condição que permite agendamento.

4 – INSTRUÇÃO:



Todos os procedimentos realizados com Anestesia : Sedação leve, moderada ou profunda. Anestesia Geral, Bloqueios (raquianestesia, peridural , caudal e bloqueios de nervos periféricos), Acompanhamento Anestésico.

Tipos de Anestesia :

Segundo a resolução do CFM 1670/03 (2):

“ Sedação é um ato médico realizado mediante a utilização de medicamentos com o objetivo de proporcionar conforto ao paciente para a realização de procedimentos médicos ou odontológicos. Sob diferentes aspectos clínicos, pode ser classificada em leve, moderada e profunda, abaixo definidas:

Sedação Leve é um estado obtido com o uso de medicamentos em que o paciente responde ao comando verbal. A função cognitiva e a coordenação podem estar comprometidas. As funções cardiovascular e respiratória não apresentam comprometimento.

Sedação Moderada/Analgesia (“Sedação Consciente”) é um estado de depressão da consciência, obtido com o uso de medicamentos, no qual o paciente responde ao estímulo verbal isolado ou acompanhado de estímulo tátil. Não são necessárias intervenções para manter a via aérea permeável, a ventilação espontânea é suficiente e a função cardiovascular geralmente é mantida adequada.

Sedação Profunda/Analgesia é uma depressão da consciência induzida por medicamentos, e nela o paciente dificilmente é despertado por comandos verbais, mas responde a estímulos dolorosos. A ventilação espontânea pode estar comprometida e ser insuficiente. Pode ocorrer a necessidade de assistência para a manutenção da via aérea permeável. A função cardiovascular geralmente é mantida. As respostas são individuais.”

Anestesia geral

É um estado de depressão do nível de consciência durante o qual o paciente não é despertado, mesmo por estímulos dolorosa habilidade de manter a ventilação é



frequentemente comprometida, necessitando de assistência respiratória para manutenção da permeabilidade da via aérea, e uso de ventilação com pressão positiva devido à depressão da ventilação espontânea por drogas e/ou relaxantes musculares. A função cardiovascular pode estar comprometida.

Acompanhamento anestésico

É a contínua monitorização dos sinais vitais do paciente por um médico anestesista, o diagnóstico e tratamento de problemas clínicos e administração de analgésicos ou conversão para anestesia geral se necessário. Pode ser utilizado para a realização de exames diagnósticos e para acompanhamento de pacientes cirúrgicos sob anestesia local, bem como na manutenção de oxigênio suplementar e da ventilação de pacientes sedados.

Anestesia do neuroeixo

Técnica que promove a anestesia do neuroeixo, que incluem: subdural, epidural ou duplo bloqueio. É realizada se inserindo uma agulha ou cateter no espaço intervertebral para a injeção de medicação no espaço subaracnóide (para Raquianestesia), no espaço epidural (para anestesia Epidural) e em ambos para duplo bloqueio. Mais comumente usadas para anestesia de abdome inferior e extremidades inferiores.

Bloqueios periféricos

São amplamente utilizados para cirurgias em extremidades superiores ou inferiores. Ultrassom e estimuladores de nervos periféricos são comumente usados para posicionar a agulha ou cateter. Anestésicos locais de longa duração podem ser utilizados para anestesia ou analgesia pos-operatória.

Quanto ao paciente:

A avaliação de risco do paciente se baseia nos critérios definidos pelo A.S.A. (American Society of Anesthesiology). (3)



ASA/PS 1 Paciente sadio sem alterações orgânicas. Mortalidade dentro das 48h pós-operatórias 0,06-0,08%

ASA/PS 2 Paciente com alteração sistêmica leve ou moderada. Mortalidade dentro das 48h pós-operatórias 0,27-0,47%

ASA/PS 3 Paciente com alteração sistêmica grave com limitação funcional. Mortalidade dentro das 48h pós-operatórias 1,8-4,4%

ASA/PS 4 Paciente com alteração sistêmica grave que representa risco de vida. Mortalidade dentro das 48h pós-operatórias 7,8-23,5%

ASA/PS 5 Paciente moribundo que não é esperado sobreviver sem cirurgia. Mortalidade dentro das 48h pós-operatórias 9,4-51,0%

ASA/PS 6 Paciente com morte cerebral declarada, cujos órgãos estão sendo removidos com propósitos de doação.

E Acrescentar a letra E a qualquer classe para cirurgias de emergência.

Quanto à idade:

São considerados pacientes Pediátricos, do nascimento até os 12 anos incompletos e Pacientes geriátricos, os acima de 65 anos.

Geral

- 1- Todos os médicos anesthesiologistas devem ser cadastrados no hospital de acordo com as normas de cadastramentos vigentes.
- 2- É dever do anesthesiologista acompanhar todo o procedimento anestésico sem se ausentar do local de realização do procedimento, a não ser excepcionalmente por substituição por outro anesthesiologista quando deverá ocorrer a passagem completa do caso.
- 3- É proibida a realização de anestésias simultâneas.
- 4- Os eventos adversos devem ser notificados.
- 5- A documentação anestésica deve seguir as etapas abaixo descritas :
 - a. Avaliação Pré-anestésica.
 - i. Planejamento anestésico



- ii. Termo de consentimento anestésico
- b. Técnica Anestésica.
 - i. Preparo da Sala / Medicacões
 - ii. Checagem do equipamento de anestesia
 - iii. Monitorização
 - iv. Time out
 - v. Anestesia propriamente dita
- c. Recuperação Anestésica.
- d. Manejo da Dor pós-operatória.

Avaliação Pré-anestésica:

- 1- O anesthesiologista deve realizar APA de todos os pacientes que serão submetidos a procedimentos anestésicos.
- 2- As avaliações pré-anestésicas realizadas em consultório tem validade de 90 dias e devem ser validadas momentos antes da realização da anestesia.
- 3- São considerados elegíveis à anestesia no consultório os pacientes com procedimentos eletivos.
- 4- Nas situações de emergência as medidas de suporte podem anteceder a APA.
- 5- Não há obrigatoriedade que o mesmo anestesista que fez a APA realize a anestesia, podem ser profissionais diferentes, porém a informação deve ser registrada através de formulário específico para que seja transmitida.
- 6- O planejamento anestésico deve levar em consideração o risco cirúrgico e o risco clinico do paciente, registrado e informado ao paciente.
- 7- É dever do anesthesiologista orientar pacientes e familiares sobre o procedimento anestésico proposto, esclarecer as dúvidas quantos aos riscos e benefícios do procedimento e aplicar o Termo de Consentimento Informado.



8- O tempo de jejum deve ser orientado e respeitado, conforme tabela a seguir:(4)

Líquidos claros sem resíduos (água, chá)	2 horas
Leite materno	4 horas
Leite não humano ou fórmula	6 horas
Refeições leves	6 horas
Dieta geral	8 horas

Técnica Anestésica.

- 1- Checagem dos Equipamentos é responsabilidade do anestesiolista e deve ser feita antes da indução anestésica. Inclui : equipamento de anestesia, equipamento de resgate de via aérea e medicações de resgate e as necessárias para o bom andamento do procedimento. Em caso de falhas a enfermagem e a engenharia devem ser notificadas para as providências imediatas.
- 2- A avaliação imediatamente antes da indução, inclui checagem da avaliação pré-anestésica, checagem dos sinais vitais e confirmação do jejum, planejamento do antibiótico profilático conforme protocolo institucional.
- 3- Baseado nas metas internacionais de Segurança do paciente, que utilizam listas de verificações, deve ser feito antes da indução anestésica (Sign In)da incisão cirúrgica (Time Out) e do paciente deixar o centro cirúrgico (Sign Out).
- 4- A monitorização mínima obrigatória para qualquer procedimento anestésico deve conter: (4)
 - a. ECG (cardioscopia)
 - b. PANI (medidas de Pressão arterial)
 - c. SPO2 (saturação de oxigênio)



- d. Temperatura (recomendada para pacientes pediátricos, idosos e procedimentos acima de 2 horas)
 - e. Capnografia para todos os pacientes em Ventilação Controlada ou com via aérea avançada ou que tenham risco de hipertemia maligna. A monitorização adicional deve levar em conta o estado clínico do paciente e o risco cirúrgico apresentado, visando o uso racional dos recursos.
- 5- As medicações psicotrópicas devem ser retiradas na farmácia pelo anestesiológico em caixa psicobox lacrada e devolvidas pelo anestesiológico ao término do procedimento, junto com o formulário específico assinado com a quantidade utilizada e descartada sinalizadas.
- 6- As anotações na ficha de anestesia são de responsabilidade do anestesiológico e devem conter todas as informações relativas às medicações administradas, os profissionais envolvidos, os procedimentos realizados, os recursos utilizados e aos sinais vitais do paciente durante todo o procedimento. O registro dos sinais vitais não devem exceder o intervalo de 10 min.

Recuperação Anestésica

- 1- Todo o paciente submetido a procedimento anestésico, deverá ser submetido ao processo de recuperação anestésica, exceto os pacientes encaminhados à Unidade de Terapia Intensiva que deverão ser acompanhados pelo anestesiológico e monitorados em todo o trajeto, bem como realizada a passagem do caso ao médico de plantão.
- 2- O encaminhamento para a RPA deverá ser feito no sistema eletrônico através de evolução médica tipo Encaminhamento para RPA, contendo os últimos sinais vitais e as condições do paciente, bem como a prescrição de RPA com medicações e cuidados.



- 3- É dever do anestesiologista acompanhar o paciente até a sala de recuperação e passar o caso para a equipe multidisciplinar envolvida no cuidado do paciente.
- 4- A recuperação anestésica deve ocorrer em local com recursos humanos e infra-estrutura adequada (monitorização, gases, medicações, materiais de resgate de via aérea e emergência), na sala designada para a recuperação anestésica ou na sala do procedimento em casos excepcionais (pacientes alérgicos a látex ou sob algum tipo de precaução de contato, aéreo ou gotículas, história de hipertermia maligna).
- 5- Um médico anestesiologista deve estar sempre disponível para atender às demandas dos pacientes e possíveis situações de emergência, que deve ser suportado pelo chefe do dia.
- 6- A alta anestésica da sala de RPA é de responsabilidade do anestesiologista e o paciente deve atender aos critérios mínimos determinados pela escalas vigente. (5) Vide Anexo.

5- REFERÊNCIAS:

1. http://www.portalmedico.org.br/pareceres/crmsp/pareceres/1998/55820_1998.htm
2. http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2003/1670_2003.htm
3. <https://www.asahq.org/resources/clinical-information/asa-physical-status-classification-system>
4. <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2174>
5. **SOBECC, 2017**

6 - ANEXOS:

1- Escala de Aldrete Modificada:

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK		
Atividade Muscular	Movimenta os quatro membros	2
	Movimenta dois membros	1
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0
Respiração	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1
	Tem apnéia	0
Circulação	PA em 20% do nível pré-anestésico	2
	PA em 20-49% do nível anestésico	1
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0
Consciência	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2
	Desperta, se solicitado	1
	Não responde	0
Saturação de O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior que 92% respirando em ar ambiente	2
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplementação de oxigênio	0

2-Escala de Steward

ÍNDICE DE STEWARD

Vias aéreas	Tosse ou chora	2
	Apresenta boa manutenção/respira facilmente	1
	Requer manutenção	0
Consciência	Está desperto	2
	Responde a estímulos verbais ou táteis	1
	Não responde	0
Movimentação	Movimenta os membros intencionalmente	2
	Faz movimentos não-intencionais	1
	Não se movimenta	0

Tabela 5 - Índice de Steward. Fonte: SOBECC, 2007

7 – RESPONSÁVEIS PELA ELABORAÇÃO:

RESPONSÁVEL	ÁREA
Andrea da Costa Moreira de Oliveira	Qualidade AMD
Mara Lucia Pinheiro Oliveira	Qualidade AMD
João Soares de Almeida Jr.	Presidente da AMD
Versão 08/2018	