

POP

HC-UFTM/EBSERH

ANESTESIA PERIDURAL

Versão: 2 | 2024

SUPERINTENDENTE

LUCIANA DE ALMEIDA SILVA TEIXEIRA

GERENTE

LUIZ ANTONIO PERTILI RODRIGUES DE RESENDE

CHEFE DE DIVISÃO

MARISLEY FRANCISCO

REVISÃO E ATUALIZAÇÃO DO POP

Luciano Alves Matias da Silveira, Unidade de Bloco Cirúrgico e Processamento de Material Esterilizado
Marcela Borges Dornfeld, Unidade de Bloco Cirúrgico e Processamento de Material Esterilizado

ANÁLISE E VALIDAÇÃO

Tassiana Marcia Moreira, Unidade de Bloco Cirúrgico e Processamento de Material Esterilizado

VALIDAÇÃO

Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

REGISTRO, ANÁLISE E REVISÃO FINAL

Ana Paula Corrêa Gomes, Comissão de Gestão da Qualidade Documental

APROVAÇÃO

Marisley Francisco, Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

Data da emissão: 27/9/2024

Código do documento: POP.UBCME.002

ISBN:

*Cópia eletrônica não controlada. Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. © 2024, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados
www.ebserh.gov.br*



1. OBJETIVO

Estabelecer as rotinas de trabalho e apresentar as condições necessárias para aplicação da anestesia peridural no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), bem como elencar os requisitos essenciais para a segurança, ética e qualidade no ato anestésico.

2. MATERIAL

- Bandeja de instrumental para anestesia;
- Agulha de peridural;
- Agulha 40/12;
- Agulha 25/7;
- Agulha 13/4,5;
- Seringa de 20 ml;
- Seringa de 10 ml;
- Pacote de gaze;
- Anestésicos;
- Clorexidina alcoólica 0,5% para assepsia.

3. RESPONSABILIDADE E ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Anestesiologistas da Unidade de Bloco Cirúrgico e Processamento de Material Esterilizado (UBCME) do HC-UFTM.

4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

A anestesia peridural (ou epidural) é um tipo de anestesia aplicada no espaço peridural da coluna vertebral, sem perfurar a duramáter e, portanto, sem atingir o líquido. Pode ser realizada em qualquer espaço entre as vértebras e pode ser utilizada em técnica isolada ou contínua (introdução de cateter) para diversos tipos de cirurgias, de acordo com o planejamento do anesthesiologista.

4.1 Pré-operatório

- Realizar consulta em ambulatório de pré-anestésico em pacientes de qualquer idade e principalmente nos que apresentem comorbidades, alergias ou indícios de dificuldade técnica para o procedimento anestésico-cirúrgico;
- Preencher a ficha de avaliação pré-anestésica com todos os dados colhidos com o paciente imediatamente antes do ato anestésico;
- Checar sistema de ventilação manual, aspirador e medicamentos necessários para a realização do procedimento anestésico-cirúrgico;
- Apresentar-se no centro cirúrgico e à equipe que realizará o procedimento;
- Caso o paciente seja oriundo de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), o médico anesthesiologista ou outro médico da equipe cirúrgica deverá buscá-lo na UTI e levá-lo para o procedimento no centro cirúrgico;
- Realizar leitura dinâmica do prontuário, confirmando, se possível com o paciente, o seu nome; data de nascimento e o procedimento a ser realizado;
- Verificar ficha de consulta pré-anestésica do paciente, confirmando todas as informações;

- Verificar no prontuário os termos de consentimento livre e esclarecido corretamente preenchidos e assinados;
- Monitorizar o paciente com sensores de eletrocardiograma, pressão arterial não invasiva; oximetria de pulso e, quando anestesia geral, usar capnografia;
- Avaliar se o acesso venoso está funcionando e compatível com o porte cirúrgico indicado;
- Administrar antes do bloqueio anestésico, antibioticoprofilaxia, de acordo com o Manual de Boas Práticas na Prescrição de Antimicrobianos, quando houver indicação;

Link: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufm/documentos/manuais/copy_of_MA.STGQ.001BoasPrticasnaPrescrieoeDispensaodeAntimicrobianos-verso5.pdf

Checar o aparelho de anestesia antes da indução anestésica.

4.2 Intraoperatório

- Evitar a perda de calor central para a periferia por causa da vasodilatação causada pelos anestésicos;
- Evitar altas frações inspiradas de oxigênio, realizar manobras de recrutamento alveolar intraoperatória e utilizar PEEP (Pressão Expiratória Final Positiva) quando associado peridural à anestesia geral;
- Ser restritivo em relação ao gatilho transfusional; quando possível, utilizar filtros de leucócitos ou sangue autólogo;
- Realizar o procedimento anestésico dentro da técnica preconizada na literatura.

4.3 Anestesia Peridural

- Realizar a antissepsia das mãos;
- Abrir os materiais estéreis e aspirar as medicações a serem utilizadas;
- Conferir concentração, validade dos anestésicos locais e coadjuvantes antes de serem utilizados;
- Posicionar o paciente em decúbito lateral ou em posição sentada;
- Realizar a antissepsia da região escolhida para punção com clorexidina alcoólica 0,5%;
- Palpar a região vertebral para avaliar os processos espinhosos e demarcar o espaço a ser utilizado;
- Realizar botão anestésico;
- Puncionar o local com agulha selecionada;
- Injetar o anestésico escolhido;
- Introduzir o cateter se tiver indicação;
- Retirar a agulha e fixar o cateter na pele.
- Realizar analgesia preemptiva;
- Antes da retirada dos campos cirúrgicos, o anestesista deve resumir a condição clínica do paciente durante a cirurgia e quaisquer outras instruções necessárias para assegurar uma recuperação segura;
- Registrar todo o procedimento em ficha anestésica apropriada, assinando-a e carimbando-a;
- Em caso de inefetividade do bloqueio anestésico, registrar o evento em ficha apropriada e na ficha anestésica com detalhes do procedimento e medicamentos utilizados; no caso de utilizar ficha em papel, o médico deve solicitar que esta seja encaminhada para a Gerência de Riscos.

4.4 Indicações, contraindicações e complicações

- Indicações: anestesia para a cirurgias, com a grande possibilidade de fazer uma analgesia pós-operatória de qualidade.
- Contraindicações: recusa do paciente, infecção no local da punção, pacientes com hemorragia grave e instabilidade hemodinâmica, coagulopatias, pacientes em uso de farmacos anticoagulantes ou antiplaquetários.
- Complicações: dor lombar, perfuração acidental da duramater e cefaleia, punção venosa acidental, lesão neural, abscesso peridural, hematoma espinhal

4.5 Pós-operatório

- Acompanhar o paciente para a Sala de Recuperação Pós-Anestésica (RPA) ou UTI, de acordo com sua condição clínica após o procedimento anestésico.

4.6 Sala de RPA

- Realizar cuidados pós-operatórios imediatos;
- Realizar avaliação do estado de saúde da paciente;
- Confirmar a presença ou ausência de alergias medicamentosas;
- Confirmar os medicamentos de uso rotineiro do paciente e suspensão destas, se necessário;
- Emitir alta da Sala de RPA após avaliação clínica;
- Notificar a equipe sobre quaisquer preocupações adicionais reconhecidas durante a cirurgia ou na recuperação.

5. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. ANVISA. Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Brasília, 2015.
2. FERRAZ, E. M. A cirurgia segura. Uma exigência do século XXI. Rev Col Bras Cir, n. 36, p.281-282. 2009.
3. MENDES, W. et al. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. Rev Bras Epidemiol, v.8, n.4, p. 393-406. 2005.
4. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas. Rio de Janeiro 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_salvam_vida%20s.pdf Acesso em: 27/9/2024.

6. HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO

Versão	Data	Descrição da atualização
2	27/9/2024	Revisão de conteúdo. Incluído o passo a passo para o procedimento. Acrescentadas as indicações, contraindicações e complicações
1	6/12/2021	Elaboração do Procedimento Operacional Padrão (POP)

7. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

Revisão do POP e elaboração do documento atual – versão 2 – data: 13/5/2024

Luciano Alves Matias da Silveira, Unidade de Bloco Cirúrgico e Processamento de Material Esterilizado (UBCME)

Marcela Borges Dornfeld, UBCME

Análise e validação – Data: 13/5/2024

Tassiana Marcia Moreira, UBCME

Validação – Data: 24/6/2024

Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

Aprovação – Data: 24/9/2024

Marisley Francisco, Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (DADT)

Registro, análise e revisão final – Data: 27/9/2024

Ana Paula Corrêa Gomes, Comissão de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

Elaboração da versão 1 - Data: 6/12/2021

Maurício Pedrini Júnior e Ana Cláudia de Moraes Faquim, Unidade de Bloco Cirúrgico

Validação

Rodrigo Juliano Molina, Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente

Registro, análise e revisão

Ana Paula Corrêa Gomes, Unidade de Planejamento

Aprovação

Marina Casteli Rodrigues Monteiro, DADT