Tabela |IV- Técnicas anestésicas vantagens, desvantagens e particularidades

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **VANTAGENS** | **DESVANTAGENS** | **TÉCNICA / FÁRMACOS** |
| **Local / Regional** | Seguras e eficazes sempre que exequíveis55,60Associadas a menos disfunção respiratória e cardiovascular55,56,57Evita o uso de relaxantes musculares, hipnóticos e opióides. Evita a abordagem da via aérea55,60Permite analgesia multimodal e ↓ o uso de opióides pós-op.37,39,41,42,44,45,56,58,59,60,61,62Menor incidência de NVPO37,41, 55,BNP associado a baixa incidência de complicações e possibilidade de by-pass ao recobro de fase I37,57,58, Menor taxas de readmissão após alta37, 55,57-59Menores custos e maior satisfação de doentes e família56,57 | + Difíceis tecnicamente pelas alterações osteo - articulares Mais tempo de execução e inicio de ação Exige experiência do anestesiologista. Maior risco de retenção urinária no bloqueio do neuroeixo71,72No BSA há maior risco de hipotensão neste grupo etário5,37Nos BNP recomenda-se técnica ecoguiada55,60,61 | Para bloqueio subaracnoideu recomenda-se mini-doses, lateralização do bloqueio, uso de bloqueio em sela55,60  O bloqueio subaracnoideu é preferível ao bloqueio epidural46Nos Bloqueios de nervos periféricos recomenda-se a redução da dose (volume e concentração)55,56,58,59Preferir anestésicos de curta duração de ação60,61,62 *“Single shot”* mais adequado que bloqueio continuo46,47,48,60,61Evitar hipotensãoRecomenda-se a existência de informação escrita com os cuidados após a alta |
| **SEDAÇÃO** | Menor incidência de complicações.Maior eficiência | Risco de depressão respiratória que obriga à monitorização da frequência respiratória, do ETCO2 e da capnografia37,42,46,47 | Usar Propofol ou Dexmedetomidina 37, 42,51,52,53em vez midazolam5,37,42. (Máx:0,5 a 1 mg)Usar escalas de avaliação de sedação5,37Evitar hipoxemia com aporte suplementar de Oxigénio |
| 1. **GERAL**
 | Não há evidência de maior incidência de complicações5,37,42,48A idade não é fator de risco independente de morbimortalidade após cirurgia com anestesia geral37, 47,48,50Não há evidência da relação de delírio pós-operatório e AG.5,37,38,40,42,43,44,48,49 | Potenciais dificuldades na abordagem da via aérea 37,42Complicações cardiorrespiratórias e neuropsiquiátricas 5,6,37,42,50, | Preferir técnica de *fast-track* , usando anestésicos de curta duração ação5,37,42,50-54Pré-oxigenação com O2 a 100%, antes da indução Redução das doses na indução e administração lenta *(Go slow, Keep low..)*5,37,41,46,48,49,54Redução da MAC dos halogenados em 30%53,54,50Desflurano associado a uma mais rápida emergência anestésica e menos complicações55,54Não há evidência de vantagens da TIVA em relação á manutenção com desflurano55,54Minimizar o uso de Relaxantes Musculares5,37,48,50Preferir dispositivos supraglóticos sempre que exequível5,37,42Reduzir o uso opioides, promovendo a analgesia multimodal5,6,37, 41,42,44,45,46,55,56,58,63,64Manter a normotermia5,37,42 |