



**REDUÇÃO DA PREVALÊNCIA DE BRONCOASPIRAÇÃO  
DO CONTEÚDO GÁSTRICO EM ANESTESIA**

---

**1 - OBJETIVO:**

A broncoaspiração é o principal evento adverso diretamente relacionado a anestesia, descrito na literatura internacional. Com prevalência entre 1 : 900 a 10.000 anestésias gerais. Dentre os casos de aspiração do conteúdo gástrico, a incidência de casos fatais é de 1 : 350.000 procedimentos.

**2 - ABRANGÊNCIA:**

Todos os pacientes submetidos a anestesia.

**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:**

A análise dos pacientes com risco para broncoaspiração baseia-se na história clínica e tempo de jejum adequado para procedimentos eletivos em pacientes hígidos, o que muitas vezes gera confusão na interpretação, expondo ao risco pacientes com comorbidades devido à falta de uma ferramenta precisa de avaliação.

Muitos casos relatados de aspiração do conteúdo gástrico durante anestesia estão relacionados à soma de fatores como mitigação do risco durante a avaliação pré-anestésica associado à técnica anestésica inadequada para estes casos.



## PROTOCOLO

### REDUÇÃO DA PREVALÊNCIA DE BRONCOASPIRAÇÃO DO CONTEÚDO GÁSTRICO EM ANESTESIA

O principal fator para presença de conteúdo gástrico é a ausência de jejum adequado. O Conselho Federal de Medicina, publicou resolução no final de 2017 (CFM 2174/2017), preconizando tempo mínimo de jejum para os pacientes que serão submetidos à procedimento anestésico, de acordo com o tipo de dieta ingerido.

Tipo de dieta	Tempo de jejum
Líquidos claros sem resíduos	2h
Leite materno	4h
Leite não humano ou fórmulas	6h
Refeições leves	6h
Dieta geral	8h

Na literatura existem critérios sugestivos de retardo do conteúdo gástrico, o que aumenta o risco de regurgitação e, conseqüente, aspiração quando são diminuídos ou abolidos os reflexos protetores das vias aéreas, como em casos de sedações moderadas e profundas, assim como nas anestésias gerais.

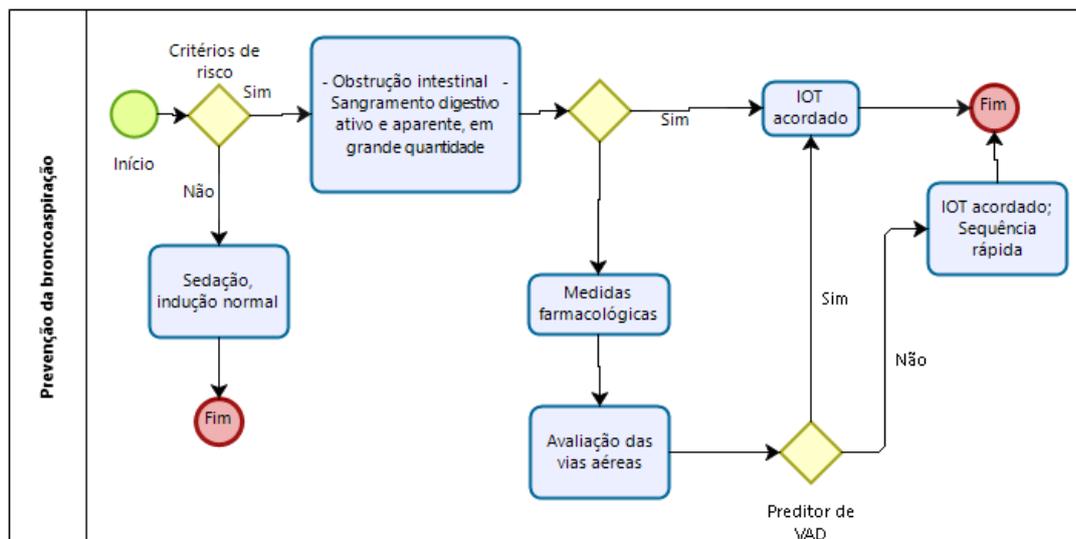
Critérios de risco para retardo do esvaziamento gástrico:

- Abdome agudo
- Distensão abdominal
- Hemorragia digestiva alta
- Estenose esofágica, megaesôfago, acalasia
- Neoplasia esofagogástrica
- Pacientes vítimas de trauma
- Oclusão ou semi-occlusão intestinal
- Íleo paralítico
- História prévia de gastroparesia
- Diabetes Mellitus com neuropatia periférica ou história de gastroparesia
- Doença renal crônica ou uremia
- Gestante em trabalho de parto
- Hipertensão intracraniana ou TCE
- História de AVC agudo ou crônico com disfagia
- História de regurgitação e síndrome dispéptica recorrente
- Uso recente/agudo de álcool
- Uso de opioides
- Hipotireoidismo sintomático
- Doença de Parkinson
- Pós-operatório de cirurgia torácica ou abdominal com vagotomia intencional ou acidental.

## REDUÇÃO DA PREVALÊNCIA DE BRONCOASPIRAÇÃO DO CONTEÚDO GÁSTRICO EM ANESTESIA

De acordo com a presença destes riscos definiu-se um fluxograma para auxílio à tomada de decisão referente ao tipo de anestesia e técnica menos arriscada, com o intuito de diminuir a chance de regurgitação e consequente aspiração do conteúdo gástrico.

### FLUXO



Associado à técnica anestésica, recomenda-se terapia farmacológica com o intuito de acelerar o esvaziamento gástrico, assim como diminuir o volume de produção de suco gástrico com ph mais baixo.

#### Medidas farmacológicas:

1. Ranitidina 50mg IV ou esomeprazol 40 mg IV
2. Ondansetrona 4 mg IV ou bromoprida 10 mg IV ou metoclopramida 10 mg IV
3. Eritromicina 3mg/kg + 100ml SF0,9% IV

#### Em caso de aspiração ou suspeita:

1. Internação.
2. Radiografia de tórax
3. IOT de acordo com quadro ventilatório
4. Broncoscopia se aspiração de conteúdo sólido
5. Antibioticoprofilaxia de acordo com as orientações da SCIH BP, conforme tabela baixo:

**REDUÇÃO DA PREVALÊNCIA DE BRONCOASPIRAÇÃO DO CONTEÚDO GÁSTRICO EM ANESTESIA**

Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC)			
Infecção	Patógenos envolvidos	Antimicrobiano de escolha	Posologia* e duração
Ambulatorial • Infecção não complicada; • Sem risco de resistência; • Previamente hígido.	<i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>Mycoplasma pneumoniae</i> <i>Haemophilus influenzae</i> <i>Chlamydia pneumoniae</i>	1ª escolha: CLARITROMICINA 2ª escolha: AMOXACILINA / CLAVULANATO	500mg VO 12/12horas - 7 a 10 dias 500/125mg VO 8/8horas - 7 a 10 dias
Risco de resistência bacteriana • DPOC	<i>Pseudomonas aeruginosa</i> <i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>Mycoplasma pneumoniae</i> <i>Haemophilus influenzae</i> <i>C. pneumoniae</i>	1ª escolha: LEVOFLOXACINO ou MOXIFLOXACINO 2ª escolha: AMOXACILINA / CLAVULANATO + CLARITROMICINA	750mg VO 1x/dia - 7 a 10 dias 400mg VO 1x/dia - 7 a 10 dias 500/125mg VO 8/8 horas - 7 a 10 dias 500mg VO 12/12horas - 7 a 10 dias
Internação Hospitalar (UI)	<i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>M. pneumoniae</i> <i>C. pneumoniae</i> <i>H. influenzae</i> <i>Legionella sp</i>	1ª escolha: CEFTRIAXONA + CLARITROMICINA ou AZITROMICINA 2ª escolha: LEVOFLOXACINO ou MOXIFLOXACINO	1-2g IV 12/12horas - 7 a 10 dias 500mg IV 12/12horas - 7 a 10 dias 500mg IV 1x/dia - 7 a 10 dias 750mg IV 1x/dia - 7 a 10 dias 400mg IV 1x/dia - 7 a 10 dias
+ Pneumonia Aspirativa • Má estado de conservação dentária • Aspiração conteúdo fecalóide • Presença sinusopatia crônica	Flora Anaeróbia <i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>M. pneumoniae</i> <i>C. pneumoniae</i> Outros Bacilos Gram-negativos	1ª escolha: CEFTRIAXONA + CLINDAMICINA 2ª escolha: AMPICILINA/SULBACTAN	1-2g IV 12/12horas - 7 a 10 dias 600mg IV 6/6horas - 7 a 10 dias 3g IV 6/6horas - 7 a 10 dias



O que não fazer:

1. Lavagem pulmonar com solução salina (exceto se realizado broncoscopia) ou bicarbonatada;
2. Antibioticoprofilaxia sem critérios bem definidos;
3. Corticóides

**5- REFERÊNCIAS:**

- 1- Manual de Antibioticoterapia BP.

**6 - ANEXOS**

N/A



## PROTOCOLO

### REDUÇÃO DA PREVALÊNCIA DE BRONCOASPIRAÇÃO DO CONTEÚDO GÁSTRICO EM ANESTESIA

#### 7 – RESPONSÁVEIS PELA ELABORAÇÃO:

RESPONSÁVEL	ÁREA
Ayrton Bentes Teixeira	Sócio AMD
Andrea da Costa Moreira de Oliveira	Qualidade AMD
João Soares de Almeida Jr.	Presidente da AMD