



Guia do Episódio de Cuidado **Prevenção e Manejo Anestésico da Broncoaspiração**

A broncoaspiração, definida como a entrada de conteúdo gástrico ou orofaríngeo no trato respiratório inferior. A broncoaspiração consiste no quinto evento adverso mais comum durante a anestesia geral, podendo levar à pneumonia, hipoxemia e até mesmo à morte. A implementação de medidas de prevenção é fundamental para minimizar o risco desse evento adverso, especialmente em pacientes com fatores de risco. O principal fator para presença de conteúdo gástrico é a ausência de jejum adequado.

I. ASSISTENCIAL

1. RECOMENDAÇÕES GERAIS QUANTO AO TEMPO DE JEJUM

- ✓ Líquidos claros sem resíduos (água e chá): 2 horas
- ✓ Leite Materno: 4 horas
- ✓ Leite não-humano ou fórmulas: 6 horas
- ✓ Refeições leves: 6 horas
- ✓ Dieta Geral: 8 horas

Refeição leve: Considerar leve refeições contendo apenas sucos de frutas, 2 torradas, 1 pão francês ou 2 bolachas de água e sal acompanhada de líquido claro sem resíduo, sem qualquer tipo de gordura (manteiga; margarina; requeijão, etc).

2. CONDIÇÕES ESPECIAIS DE JEJUM

- ✓ **Sonda nasoesnteral:**
 - Via aérea desprotegida: Jejum de 6 horas.
 - Via aérea protegida (IOT ou Traqueostomia com balonete)
 - Procedimentos COM necessidade de esvaziamento de balonete: Jejum de 6 horas
 - Procedimentos SEM necessidade de esvaziamento de balonete: Não é necessário jejum.
- ✓ **Preparo de Cólon com Manitol:** Jejum de 4 horas.
- ✓ **Pacientes Obstétricas:**
 - Sem trabalho de parto (Parto Cesárea Eletivo): Seguir Orientação Geral.
 - Com trabalho de parto não complicado: Dieta Geral Pré-parto.
 - Com trabalho de parto complicado ou FATORES DE RISCO: Restrição de ingesta Oral.
 - Cirurgias Eletivas em gestantes:
 - Até 12 semanas de gestação: Seguir orientação geral.
 - Maior que 12 semanas de gestação: Avaliar Risco com USG Gástrico.
- ✓ **Chicletes, balas ou tabagismo: Não quebram jejum porém serão desencorajados.**

3. MEDIDAS FARMACOLOGICAS PARA PREVENÇÃO DE BRONCOASPIRAÇÃO (POWERPLAN).

- Esomeprazol 40mg IV ou Pantoprazol 40mg IV.
- Ondansetrona 4mg IV ou Bromoprida 10mg IV.
- Citrato de Sódio 0,3M VO (2,645g) diluído em 30mL de água antes da indução anestésica. Não disponível ainda no Einstein Goiânia/ Mesmo cenário HOEB.
- Essas medidas ajudam a reduzir risco de regurgitação e das complicações pulmonares secundárias a broncoaspiração em casos de alto risco.
- Com exceção do Citrato de Sódio, para as demais drogas recomenda-se aguardar 30 minutos antes da indução da anestesia.

4. FATORES DE RISCO PARA RETARDO DO ESVAZIAMENTO GÁSTRICO

ALTÍSSIMO RISCO PARA BRONCOASPIRAÇÃO

- Ausência de jejum adequado.
- Abdome agudo
- Distensão abdominal
- Oclusão ou semi-oclusão intestinal
- Estenose esofágica sem dieta líquida
- Megaesôfago ou acalasia
- Neoplasia esofagogástrica
- Corpo estranho esofágico
- Pacientes vítimas de trauma (sem jejum)
- Íleo paralítico
- Hematêmese documentada
- MELENA COM hb < 9g/dl OU QUEDA DE 10% NAS ÚLTIMAS 24 HORAS.
- Enterorragia ou hematoquezia com instabilidade hemodinâmica.
- Suspeita de hemorragia digestiva em paciente cirrótico ou com história de varizes esofágicas

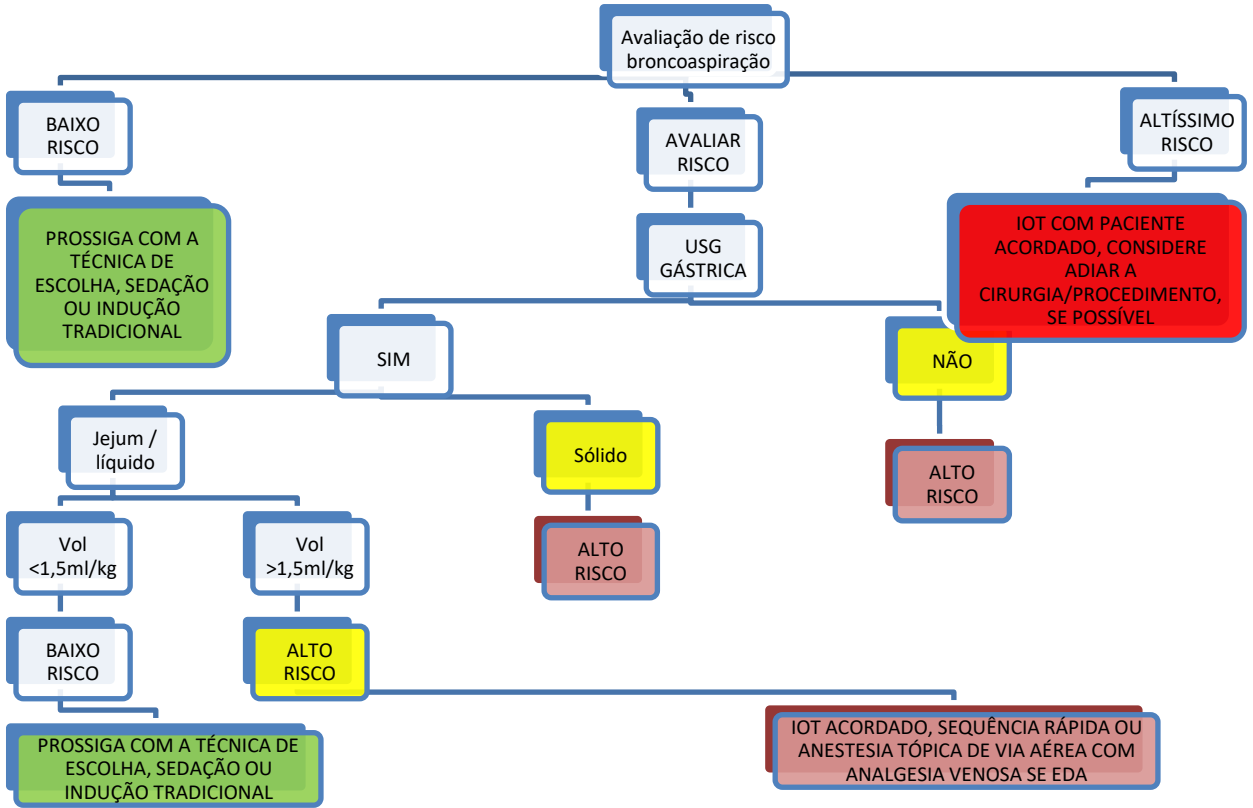
RISCO AUMENTADO (AVALIAR RISCO COM ULTRASSONOGRRAFIA GÁSTRICA)

- História prévia de gastroparesia.
- Diabetes mellitus com neuropatia periférica.
- Doença renal crônica com diálise ou uremia.
- História de regurgitação com laringoespasma noturno ou conteúdo gástrico em orofaringe.
- Gestante em trabalho de parto.
- Pós operatório de cirurgia torácica ou abdominal com vagotomia intencional ou acidental.
- Doença neurodegenerativa avançada.
- Hipertensão intracraniana ou TCE agudo.
- História de AVC agudo ou crônico com disfagia.
- Uso recente/agudo de álcool.
- Uso agudo de opioides.
- Hipotireoidismo descompensado.
- Uso recente de análogos do GLP-1 (Lixisenatide*- 1 dia, Liraglutida – 2 dias; Dulaglutida/Tirzepatida – 15 dias; Semaglutida 21 dias)
- Combinações fixas de insulina e GLP-1, ficam contempladas com o descritivo acima.

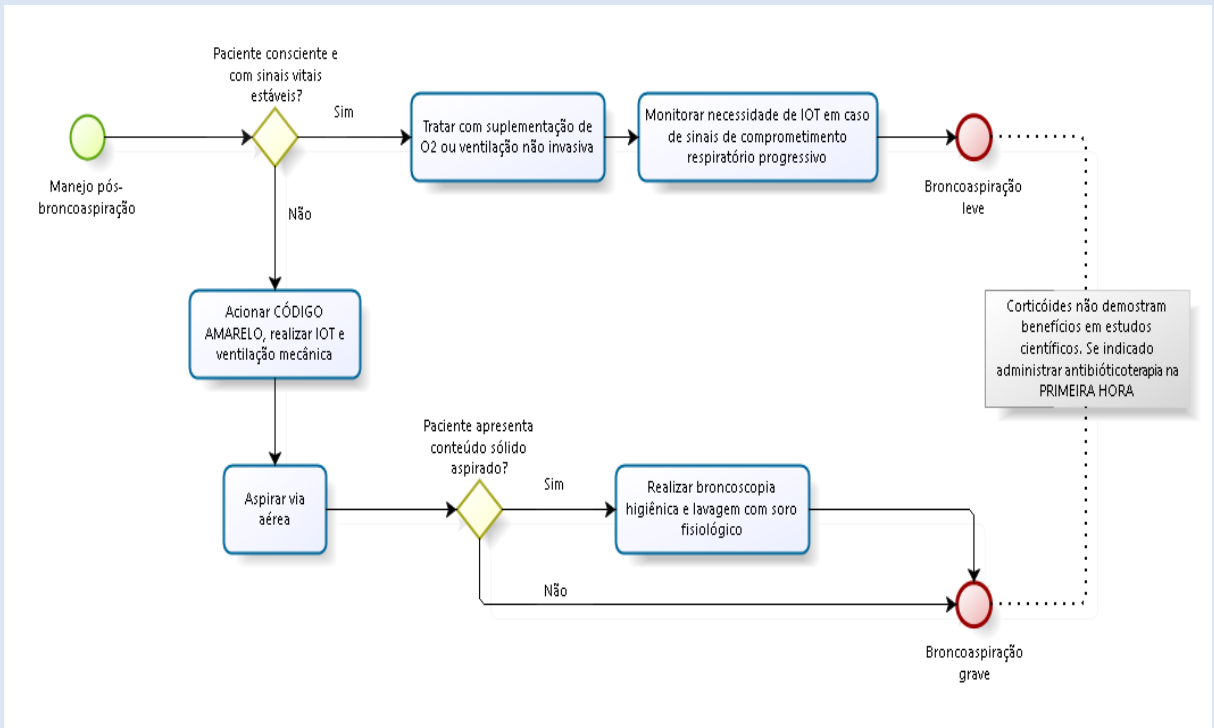
*Não disponível no Brasil, mas para pacientes externos em uso., está na Recomendação da Sociedade Brasileira de Endocrinologia

- Enterorragia ou Hematoquezia com Hemoglobina abaixo de 9,0 em paciente estável hemodinamicamente.
- Melena sem queda de Hemoglobina.
- Hematêmese duvidosa ou sem documentação.

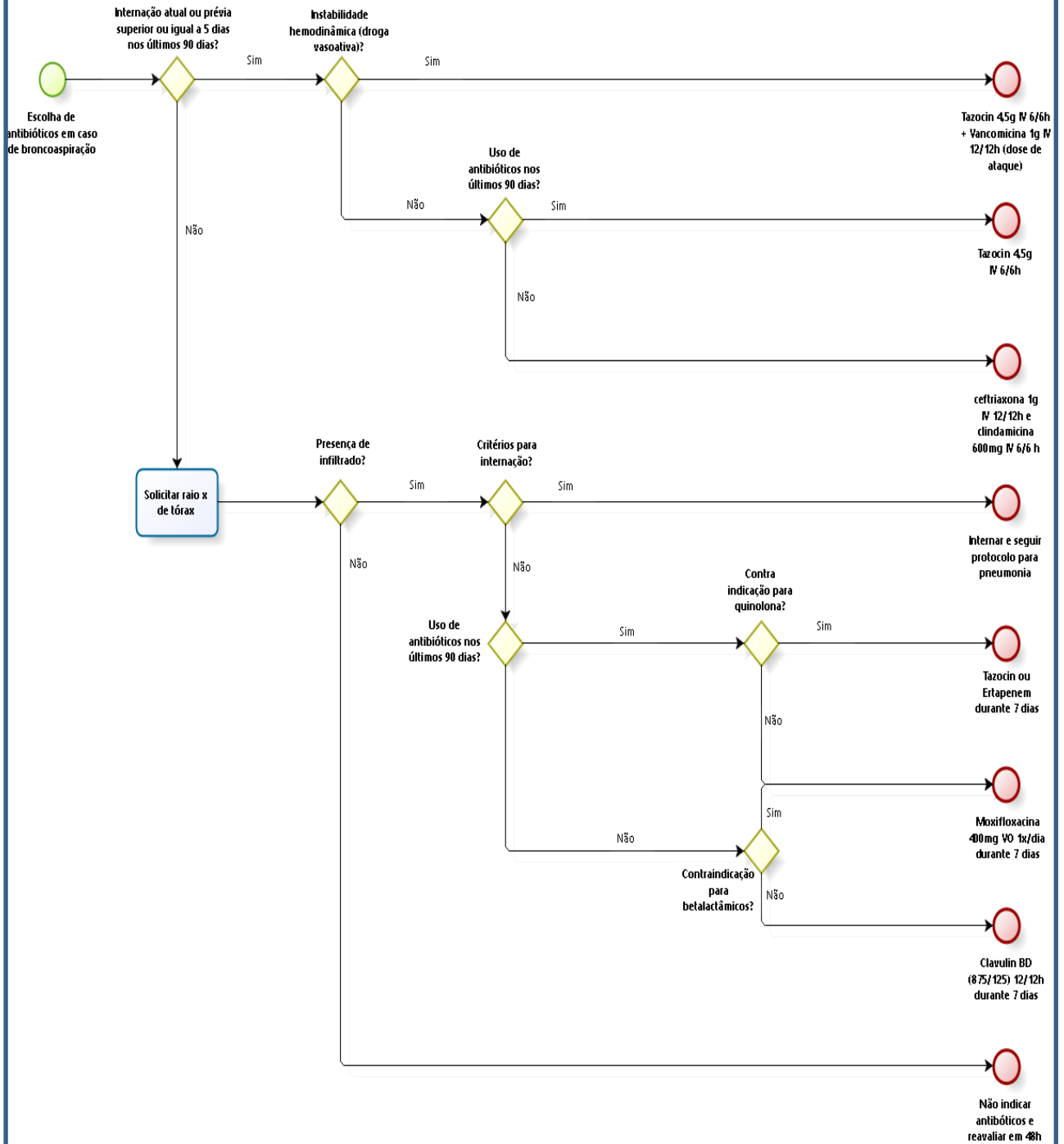
5. AVALIAÇÃO DE RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO VS MANEJO DA VIA AÉREA E INDUÇÃO ANESTÉSICA



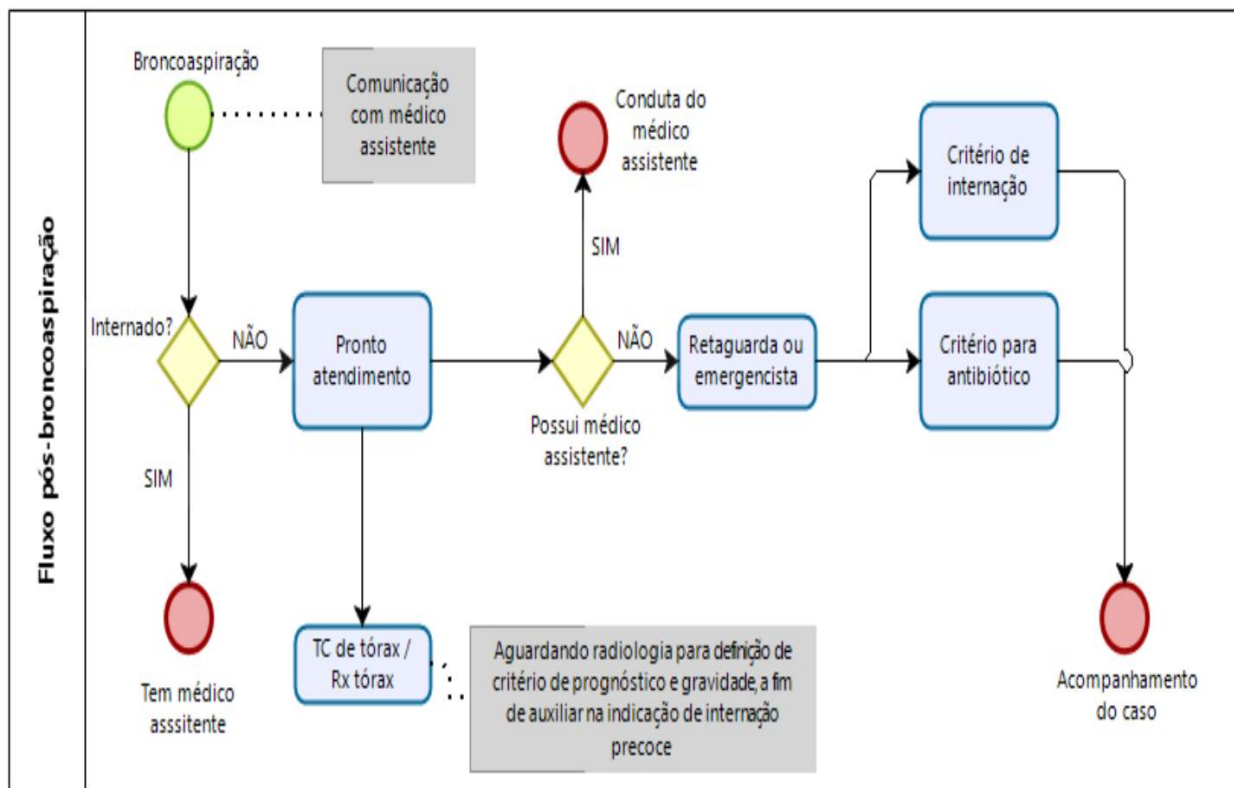
6. MANEJO PÓS BRONCOASPIRAÇÃO



7. ESCOLHA DA ANTIBIÓTICOTERAPIA



8. FLUXO PÓS BRONCOASPIRAÇÃO



II. INDICADORES DE QUALIDADE

Broncoaspiração: casos de broncoaspiração recebidos pela Gerenciamento e Vigilância de Risco (GVR) e encaminhados à área anestesia por período de tempo.

III. GLOSSÁRIO

HMMD: Hospital Municipal Moyses Deutsch

HOEB: Hospital Ortopédico do estado da Bahia

HMSVC: Hospital Municipal Vila Santa Catarina

HMAP: Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia

GVR - Gerenciamento e Vigilância de Risco

USG - Ultrassonografia

IV. HISTÓRICO DE REVISÃO

HOEB: Roberto Palma Costa Filho

HMVSC: Maria Renata Chopard

MBOI: Marcelo Pessanha

HMAP: Ana Luisa Sabino

HUGO: Rhaissa Granaam

Einstein Goiânia: Erika Aguiar

V. Referências Bibliográficas

[1] American Society of Anesthesiologists Practice Guidelines for Preoperative Fasting: Carbohydrate-containing Clear Liquids with or without Protein, Chewing Gum, and Pediatric Fasting Duration—A Modular Update of the 2017 American Society of Anesthesiologists Practice Guidelines for Preoperative Fasting. *Anesthesiology* 2023; 138:132–51. DOI: 10.1097/ALN.0000000000004381

[2] Arzola C, Perlas A, Siddiqui N, Downey K, Ye X, Carvalho J. Gastric ultrasound in the third trimester of pregnancy: a randomised controlled trial to develop a predictive model of volume assessment. *Anaesthesia*. 2017;73(3):295-303.

[3] Asai T. Editorial II: Who is at increased risk of pulmonary aspiration?. *British Journal of Anaesthesia*. 2004;93(4):497-500.

[4] Camilleri M, Parkman H, Shafi M, Abell T, Gerson L. Clinical Guideline: Management of Gastroparesis. *The American Journal of Gastroenterology*. 2012;108(1):18-37.

[5] Caplan R, Posner K, Ward R, Cheney F. Adverse Respiratory Events in Anesthesia: A Closed Claims Analysis. *Anesthesiology*. 1990;72(5):828-833.

[6] Cavalcanti F. Alterações fisiológicas da gravidez. In: Cangiani L, Carmona M, Torres M, Bastos C, Ferez D, Silva E et al., ed. by. *Tratado de anesthesiologia SAESP*. 8th ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2017. p. 2223-60.

[7] Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução no 2174, de 14 de dezembro de 2017. Dispõe sobre a prática do ato anestésico e revoga a resolução CFM no 1.802/2006. *Diário Oficial da União* 27 fev 2018; Seção 1.

[8] Lambert E, Carey S. Practice Guideline Recommendations on Perioperative Fasting. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*. 2016;40(8):1158-1165.

[9] Marrinan S, Emmanuel A, Burn D. Delayed gastric emptying in Parkinson's disease. *Movement Disorders*. 2013;29(1):23-32.

[10] Perlas A, Davis L, Khan M, Mitsakakis N, Chan VW. Gastric sonography in the asted surgical patient: a prospective descriptive study. *Anesth Analg*. 2011 Jul;113 (1):93-7.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21596885>

[11] Perlas A, Van de Putte P, Van Houwe P, Chan VW. I-AIM framework for point-of-care gastric ultrasound. *Br.J Anaesth*. 2015 May. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25951832>

[12] Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia: An updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia. *Anesthesiology*. 2016;124(2):270-300.

[13] Practice Guidelines for Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration. *Anesthesiology*. 2017;126(3):376-393.

[14] Robinson M, Davidson A. Aspiration under anaesthesia: risk assessment and decision-making. *Continuing Education in Anaesthesia Critical Care & Pain*. 2014;14(4):171-175.

[15] Schneider J, Lee Y, Grubb W, Denny J, Hunter C. Institutional practices of withholding enteral feeding from intubated patients. *Critical Care Medicine*. 2009;37(7):2299-2302.

[16] Segaran E, Barker I, Hartle A. Optimising enteral nutrition in critically ill patients by reducing fasting times. *Journal of the Intensive Care Society*. 2016;17(1):38-43.

[17] Serviço de Controle de Infecção Hospitalar Sociedade Brasileira Israelita Albert Einstein - SCIH

[18] Smith I, Kranke P, Murat I, Smith A, O'Sullivan G, Sreide E et al. Perioperative fasting in adults and children. *European Journal of Anaesthesiology*. 2011;28(8):556-569.

[19] Teruya S. Jejum pré-anestésico. In: Cangiani L, Carmona M, Torres M, Bastos C, Ferez D, Silva E et al., ed. by.

[20] *Tratado de anesthesiologia SAESP*. 8th ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2017. p. 1261-5.

[21] Van de Putte P, Perlas A. Gastric Ultrasound [Internet]. 2017 [cited 15 February 2017]. Available from: <http://www.gastricultrasound.org>

[22] Cavalcanti IL, et al. Tópicos de Anestesia e Dor. In: Monteiro BF. *Broncoaspiração*. Rio de Janeiro: Saerj; 2011. p. 345-51

[23] Van de Putte P, Perlas A. Ultrasound assessment of gastric content and volume. *Br.J. Anaesth*. 2014 Jul. 113(1): 12-22. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24893784>

Código Documento:	Elaborador:	Revisor:	Aprovador:	Data de Elaboração:	Data de Aprovação:
CPTW391.2	Ayrton Bentes Teixeira Maria Daniela da Scih Waldyr Muniz Oliva Neto	Mauro Dirlando Conte de Oliveira	Andrea Maria Novaes Machado	22/04/2024 Data de Revisão: 16/07/2025	16/07/2025