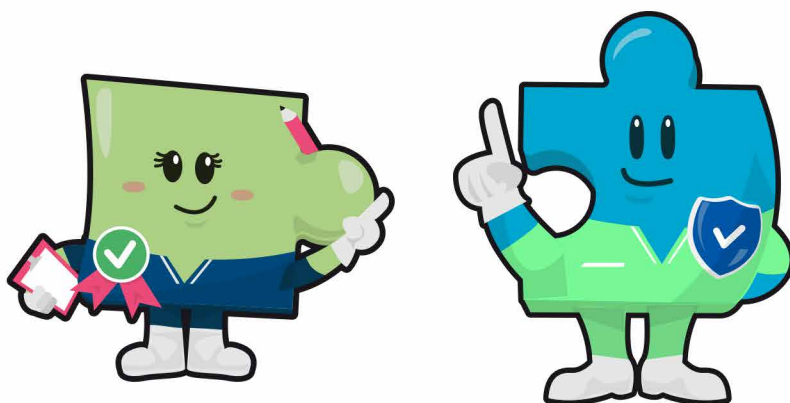




Cartilha de Prevenção de Broncoaspiração Takaoka

Equipe cirúrgica

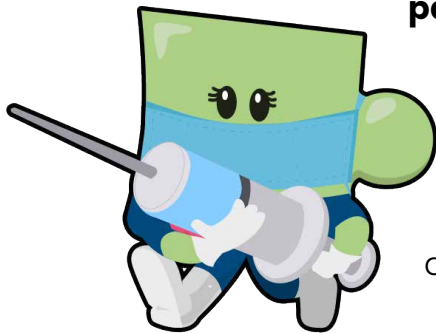
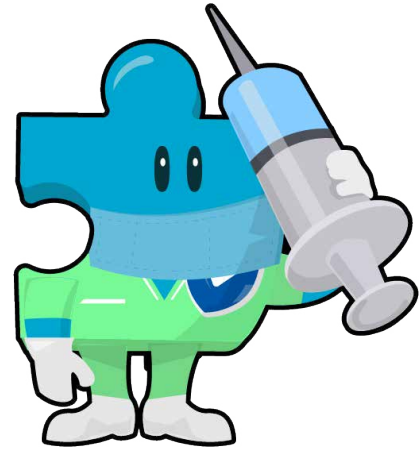


Broncoaspiração é o **principal evento** adverso relacionado à anestesia. Embora a prevalência seja baixa, de um incidente a cada **10.000 anestésias gerais**, as repercussões vão desde um quadro pulmonar infeccioso (pneumonia) até a morte (uma morte a cada **350.000 anestésias gerais**).

A Takaoka tem **preocupação constante com a segurança dos pacientes** em todas as instituições em que atua. Por este motivo, e reconhecendo a importância do tema, **criamos o projeto de prevenção de broncoaspiração**.

O projeto envolve todas as pessoas relacionadas ao processo cirúrgico: **o paciente**, as **equipes cirúrgica** e de **enfermagem**, e **o**

anestesta. O objetivo é disseminar informações sobre o tema e minimizar os riscos proporcionando um procedimento ainda mais seguro. O modo encontrado para atingir esta meta foi a elaboração desta cartilha.



Contexto clínico – O que você, cirurgião, deve saber

A broncoaspiração, dentre as complicações anestésicas possíveis, continua sendo uma das **mais relevantes e ameaçadoras**, pelo seu potencial de injúria pulmonar, podendo cursar inclusive com letalidade.

O anestesista identifica riscos de broncoaspiração baseado na confirmação de jejum e nas condições clínicas do paciente. Mesmo pacientes com jejum adequado podem apresentar algum fator de risco aumentado cursando com retardo no esvaziamento gástrico.

São alguns exemplos: pacientes nefropatas descompensados, aqueles com quadro confirmado ou suspeita de obstrução em trato gastrointestinal, paciente em uso de inibidores de GLPI, com distúrbios de motilidade esofágica.



Condições que aumentam o risco de broncoaspiração

Abdome agudo.	Gestante em trabalho de parto.
Distensão abdominal.	Hipertensão intracraniana ou TCE agudo.
Estenose esofágica, megaesôfago, acalasia.	Hipertensão intracraniana ou TCE agudo.
Neoplasia esofagogástrica.	Uso recente/agudo de álcool.
Pacientes vítimas de trauma (sem jejum).	Uso de opióide com sinais de gastroparesia (náuseas, distensão abdominal).
Oclusão ou semi-oclusão intestinal.	Hipotireoidismo sintomático.
Íleo paralítico.	Doença de Parkinson com disfagia.
História prévia de gastroparesia.	Pós-operatório de cirurgia torácica ou abdominal com vagotomia intencional ou acidental.
Diabetes Mellitus com neuropatia periférica ou história de gastroparesia.	Uso recente (até 48h) de liraglutida (Saxenda®, Victoza®).
Doença renal crônica ou uremia.	Uso recente (até 10 dias) de semaglutida (Ozempic®) ou dulaglutida (Trulicity®).

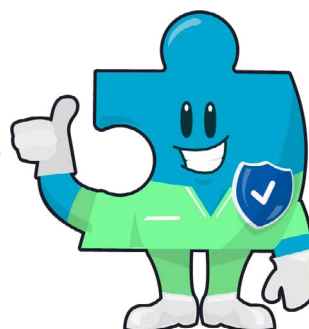
A conduta diante desses casos é de avaliar o **melhor momento para a realização do procedimento** (caso seja eletivo) e/ou considerar medidas para minimizar os riscos. Isso pode ser feito com o preparo adequado do paciente, conforme a indicação:

◀ **SUSPENSÃO PRÉVIA DE MEDICAMENTOS;**



▶ **SONDAGEM NASOGÁSTRICA PRÉVIA;**

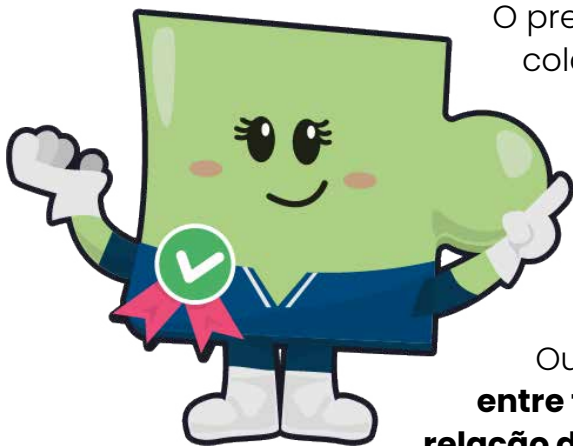
◀ **AVALIAÇÃO DO CONTEÚDO GÁSTRICO ESTIMADO POR ULTRASSOM;**



▶ **REALIZAÇÃO DE TÉCNICA DE INTUBAÇÃO ACORDADO, ENTRE OUTROS.**

Intubação acordado / sob anestesia tópica / sob sedação consciente

A intubação acordado também pode ser chamada de intubação sob sedação consciente ou sob anestesia tópica, termos que tem como base o mesmo conceito. Na impossibilidade de melhora de quadro clínico, esta estratégia pode ser a alternativa mais adequada se o paciente estiver de acordo, cooperativo e se houver tempo hábil (**aproximadamente meia hora**).



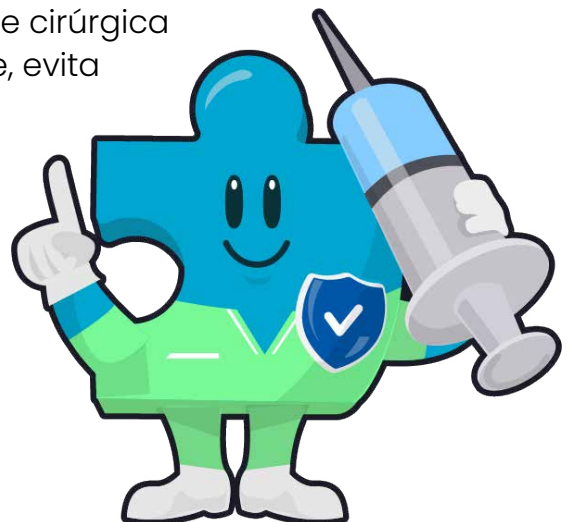
O preconizado é que seja mantido um grau de colaboração, drive respiratório espontâneo e via aérea patente a despeito da sedação, a qual não deve ser profunda. A anestesia tópica é indispensável nesse processo e garante o conforto do paciente.

Outro ponto **essencial é a comunicação entre toda equipe multiprofissional, e a relação de confiança desta com o paciente.**

O clima em sala é favorecido quando todos estão envolvidos e alinhados, transmitindo empatia, segurança e profissionalismo, elementos fundamentais para o sucesso da técnica.

A importância das orientações pré-operatórias

Em situações eletivas, as orientações pré-operatórias relacionadas a jejum e ao uso de medicamentos devem ser reforçadas em consulta. Nesse momento o suporte da equipe cirúrgica é crucial, pois otimiza previamente o paciente, evita que a abordagem seja postergada ou suspensa e contribui para que a conduta mais segura seja tomada.



JEJUM PRÉ-OPERATÓRIO

<i>Tempo de jejum preconizado para adultos saudáveis segundo a Sociedade Americana de Anestesiologia</i>		
Para somente líquidos de até 300 ml claros e sem resíduos.	Exemplos: água, chá claro, refrigerante, café preto, suco sem polpa, suco artificial.	2 horas.
Para leite materno.	Leite materno ofertado pela mãe ou proveniente do banco de leite.	4 horas.
Para leite não-humano, fórmulas infantis.	Leite de vaca, leite em pó.	6 horas.
Para refeições leves.	Exemplos: 2 torradas puras ou 2 bolachas de água e sal acompanhadas de líquido sem qualquer tipo de gordura.	6 horas.
Para refeições completas (via oral, enteral ou gastrostomia).	Refeição contendo carne de qualquer espécie ou alimentos gordurosos.	8 horas.

TEMPO DE SUSPENSÃO DE MEDICAÇÕES QUE AUMENTAM O RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO

Lixisenatida (Lixumia).	1 Dia.
Liraglutida (Saxenda e Victoza).	2 Dias.
Dulaglutida (Trucility).	15 Dias.
Tirzepatida (Mounjaro).	15 Dias.
Semaglutida (Ozempic, Rybelsus e Wegovy).	21 Dias.

O diálogo entre as equipes médicas reduz complicações, sequelas, custos desnecessários (como o de internações prolongadas ou em UTI) **e garante a satisfação final do paciente.**

Se você tiver dúvidas sobre este ou outros procedimentos anestésicos, nossa equipe está à disposição.

Referências

- Samsom M, Vermeijden JR, Smout AJ, Van Doorn E, Roelofs J, Van Dam PS, Martens EP, Eelkman-Rooda SJ, Van Berge-Henegouwen GP. Prevalence of delayed gastric emptying in diabetic patients and relationship to dyspeptic symptoms: a prospective study in unselected diabetic patients. *Diabetes Care*. 2003 Nov;26(11):3116-22.
- Practice Guidelines for Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration: Application to Healthy Patients Undergoing Elective Procedures: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration. *Anesthesiology*. 2017;126(3):376.
- Joshi GP, Abdelmalak BB, Weigel WA, Harbell MW, Kuo CI, Soriano SG, Stricker PA, Tipton T, Grant MD, Marbella AM, Agarkar M, Blanck JF, Domino KB 2023 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(2):132.



www.takaoka.com.br

 @takaokaanestesia

 takaoka-anestesia

 TakaokaAnestesiaSP

