



SIMPÓSIOS  
WORKSHOPS  
PÓSTERS

Formar,  
Especializar  
para melhor  
Cuidar.



Título da Conferência

ASPIRAÇÃO DO  
CONTEUDO GÁSTRICO

"BRONCOASPIRAÇÃO"

Nome: Dra. Nália Joaquim  
Médica Anestesiologista HPDB

# BRONCOASPIRAÇÃO



## sumário

- Introdução
- Incidência
- Fatores de risco
- Sinais e sintomas
- Prevenção
- Tratamento



# INTRODUÇÃO

Recentes estudos sugerem que a aspiração pulmonar perioperatória é um evento pouco frequente, porém seu impacto para o indivíduo pode ser devastador.

A broncoaspiração associada a anestesia foi descrita pela primeira vez por Sir James Simpson, a meados do sec. XIX.

Em 1946 Mendelson, associou a alimentação com a aspiração pulmonar de conteúdo gástrico, tendo descrito 60 casos de broncoaspiração em pacientes que receberam anestesia geral para parto vaginal.



# INTRODUÇÃO

## **Definição:**

A Broncoaspiração é a passagem de substâncias da faringe para a traqueia.

Dependendo do tipo e da quantidade do material aspirado, várias síndromes podem se desenvolver após aspiração: a síndrome de Mendelson ou pneumonite aspirativa é descrita como uma lesão química da árvore traqueobrônquica e do parênquima pulmonar.



# INTRODUÇÃO

Sendo um evento potencialmente fatal pode ocorrer em qualquer momento da anestesia.

Relaciona-se com a depressão dos reflexos protectores da laringe, ocorrendo aspiração de forma passiva ou activa.

A sua gravidade varia de acordo com as características do material aspirado:

Os sólidos por obstruírem a árvore traqueobrônquica, estão associados a atelectasias, já o suco gástrico com volume  $> 0,4\text{ml/kg}$  e ( $\text{pH} < 2,5$ ) está relacionado a pneumonia química.



# INTRODUÇÃO

## **Incidência**

A broncoaspiração no período perioperatório tem incidência relativamente baixa.

Vários estudos retrospectivos e prospectivos mostram uma incidência de 1 á 7 aspirações por 10.000 mil anestésias.

A permanência hospitalar é de 5 á 21 dias e muitos deles em UTI.



# INTRODUÇÃO

## **Morbimortalidade**

Das causas atribuídas a anestesia, a proporção da aspiração pulmonar tem diminuído progressivamente de 50 á 65% há 50 anos, para 12% nos últimos 10 anos.

Este declínio é sem dúvidas resultado da transição da anestesia geral para os bloqueios espinais na prática anestésica em obstetrícia.



# BRONCOASPIRAÇÃO

## Factores de riscos

- Factores anestésicos
- Factores cirúrgicos
- Factores relacionados com o doente





# BRONCOASPIRAÇÃO

## **Factores anestésicos:**

- Anestesia inadequada
- Distensão gástrica
- Cirurgia longa com máscara laríngea (ML)
- Ventilação por pressão positiva (ML)

## **Factores cirúrgicos:**

- Cirurgias do abdómen superior
- Cirurgia laparoscópica
- Cirurgia Bariátrica
- Posição de litotomia



# BRONCOASPIRAÇÃO

## Factores relacionados com o doente:

- Diminuição do pH (  $<2,5$ )
- Aumento do volume gástrico
- Perda da defesa dos reflexos protetores da via aérea
- Idosos e R/N
- Cirurgias de urgências
- Ingestão recente
- Esvaziamento gástrico retardado
- Doença do refluxo gastro esofágico
- Hérnia do hiato diafragmático
- Crise convulsiva
- Obesidade mórbida



# BRONCOASPIRAÇÃO

## Sinais e sintomas:

- Tosse
- Roncos
- Fervores
- Sibilos
- Dispneia e taquipneia no doente acordado
- Taquicardia
- Palidez
- Cianose e episódios breves de apneia
- Hipoxemia, acidose e desidratação



# BRONCOASPIRAÇÃO

## Prevenção:

- Controle do conteúdo gástrico
  - (metoclopramida 0.1 á 0.2mg/kg)
  - ( omeprazol 1 á 2mg/kg )
- Redução do refluxo gastrintestinal
  - ( cimetidina 10 á 20mg/kg e a ranitidina 1 á 2mg/kg )
- Proteção das vias aéreas
- Posicionamento adequado do paciente



# BRONCOASPIRAÇÃO

## Tratamento:

- Colocar o paciente em trendlemburg ou decúbito lateral esquerdo e só depois aspirar via aérea superior
- Ventilar com oxigênio a 100%
- Realizar entubação endotraqueal (IPPV) e (PEEP) só depois aspirar árvore brônquica
- Nunca fazer lavagem traqueobrônquica
- Realizar broncoscopia rígida se suspeita de aspiração de material sólido, e continuar com o procedimento apenas se for uma emergência
- Brocoaspiração logo após a extubação considerar CPAP com máscara facial
- Considerar internamento na UTI se haver hipoxia grave, para estabilidade hemodinâmica



# BRONCOASPIRAÇÃO

## Tratamento:

- Colher secreções para bacteriologia
- Antibioterapia?
- Corticosteroides?



## BIBLIOGRAFIA

1. Bishop MJ: preparative corticosteroids for reactive airway? Anesthesiology 100: 1047\_1048, 2014
2. Julio CF, Nevertón S. aspiração do conteúdo gástrico, In: Anestesiologia principios e técnicas. 3ª Ed V.70 P 1167\_1169. 2004
3. Martins AA, Alves C, Pereira L. broncoaspiração, In: Manual de anestesiologia 2ª Ed p 649\_667. 2013
4. Eduardo M F-sequencia rápida de intubação em pediatria, In: manual de via aérea difícil em pediatria. P 33-39. 2013
5. <http://en.wikipedia.org/wiki/Mendelson`ssyndrome>
6. <http://anestesar.org/2011/guias-praticas-2011-para-eq-ayuno-preoperatorio-y-utilizacion-farmacos-para-reducir-el-riesgo-de-broncoaspiração/>



Um grama de acção vale mais que uma tonelada de teoria

Friedrich engels

**MUITO OBRIGADA**