



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-ANEST.012 – Página 1/15	
Título do Documento	EMERGÊNCIAS ANESTÉSICAS	Emissão: 13/07/2022	Próxima revisão: 13/07/2024
		Versão: 1	

1. AUTORES

- Antonia Maria de Carvalho
- Ana Cecília de Sousa Silva
- Kérsia Gomes Ribeiro
- Tatiane Bezerra Moura

2. PREÂMBULO

Embora a anestesiologia tenha evoluído muito ao longo dos anos, complicações relacionadas à anestesia e eventos adversos podem acontecer, configurando-se como emergências anestésicas.

Conforme os autores Vaughan e Vaughan (1982, *apud* JUNG; CÉ, 1986, p. 441), complicação relacionada à anestesia é “a ocorrência que requer a intervenção médica ou paramédica e que pode levar, se não corrigida ou descoberta em tempo, a uma evolução indesejada”. Para Pavão *et al.* (2019), a causa da maioria das complicações relacionadas à anestesia tem origem multifatorial e envolve capacitação deficiente e inexperiência, ambiente de trabalho desafiador, atuação em equipe não satisfatória, estresse e fadiga.

Evento adverso é definido pela Organização Mundial da Saúde (2021) como o “incidente que resulta em dano evitável a um paciente”. Eventos adversos relacionados à anestesia com pequena ou moderada morbidade apresentam-se ainda em alta, apesar do declínio na morbidade e mortalidade verificados na prática anestésica atual (PAVÃO *et al.*, 2019).

Nesse contexto, apresentamos o Protocolo de Emergências em Anestesia com objetivo de padronizar as condutas assistenciais em situações de emergências anestésicas na instituição, bem como gerenciar de forma multidisciplinar a assistência aos pacientes em situações de emergência durante os procedimentos anestésico-cirúrgicos.

Serão incluídas nesse protocolo as principais condições de emergências em anestesia elencadas pela equipe do serviço de anestesiologia do hospital: aspiração pulmonar, via aérea difícil não antecipada, anafilaxia e parada cárdio-respiratória.

3. ASPIRAÇÃO PULMONAR**3.1. Conceito**

A aspiração pulmonar pode ser definida como aspiração do conteúdo gástrico que pode ocorrer na indução da anestesia, durante o procedimento anestésico cirúrgico ou extubação, em paciente incapaz de proteger a via aérea (BISNOTTO; SILVEIRA; MARTINS, 2014).

3.2. Objetivos

Identificar previamente o paciente com risco aumentado para aspiração pulmonar.

Reconhecer prontamente a aspiração pulmonar bem como padronizar o manejo nesses casos.

3.3. Justificativa

**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-ANEST.012 – Página 2/15	
Título do Documento	EMERGÊNCIAS ANESTÉSICAS	Emissão: 13/07/2022	Próxima revisão: 13/07/2024
		Versão: 1	

A aspiração pulmonar é importante causa de morbimortalidade durante o ato anestésico, com incidência de 4 para cada 10.000 anestésias e risco de óbito de 3 a 5% dos casos, o que representa 20% da mortalidade anestésica (BISNOTTO; SILVEIRA; MARTINS, 2014).

3.4. Critérios de Inclusão e Exclusão

- 3.4.1. Critérios de inclusão: pacientes de risco para aspiração submetidos a técnicas anestésicas nas quais ocorrem a perda dos reflexos de proteção das vias aéreas.

Quadro 1 – Condições que aumentam o risco de aspiração pulmonar

Diabetes mellitus	Doença do refluxo gastroesofágico
Gestação	Obstrução intestinal
Obesidade	Pacientes com sonda enteral
Hérnia hiatal	Cirurgias de emergência

Fonte: ASA PUBLICATIONS (2017)

- 3.4.2. Critério de exclusão: pacientes submetidos somente a técnicas anestésicas loco-regionais com vias aéreas patentes.

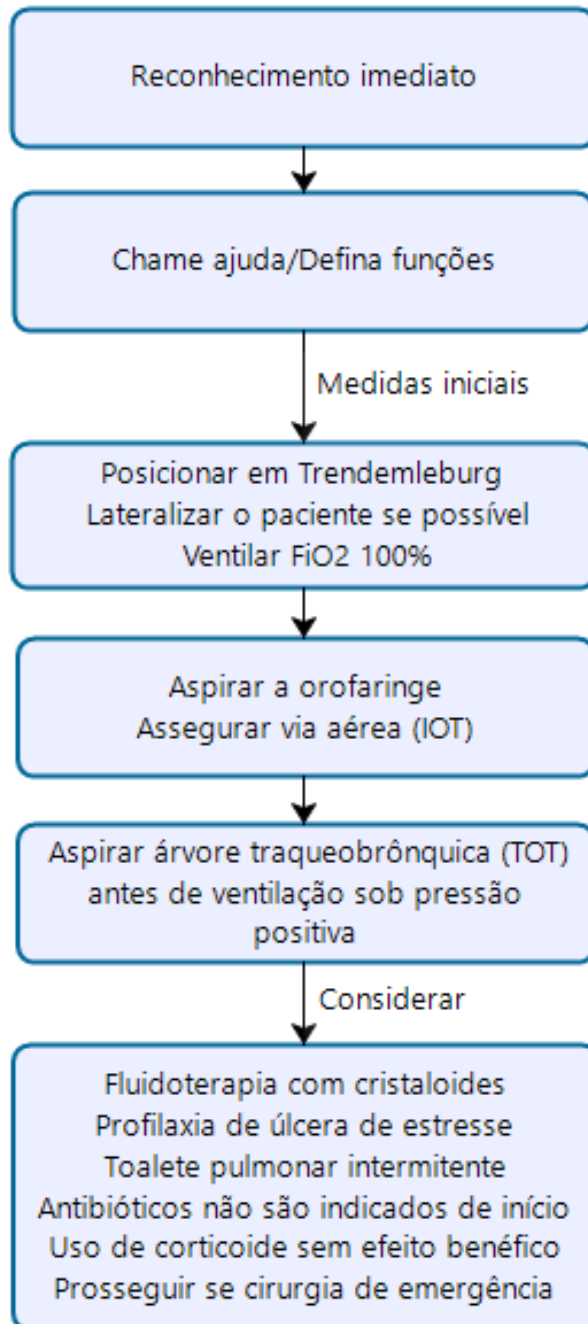
3.5. Atribuições, competências e responsabilidades

- 3.5.1. Compete ao médico anestesiológico do caso identificar o paciente de risco e conduzir com medidas farmacológicas e não farmacológicas que possam reduzir a ocorrência da aspiração pulmonar.
- 3.5.2. Drogas que reduzam a acidez e volume gástricos (omeprazol e metoclopramida) podem ser administradas previamente em pacientes com risco aumentado de aspiração pulmonar (ASA PUBLICATIONS, 2017).
- 3.5.3. Considerar as técnicas de intubação acordado ou intubação em sequência rápida (ISR) para os pacientes com risco para aspiração pulmonar.



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-ANEST.012 – Página 3/15	
Título do Documento	EMERGÊNCIAS ANESTÉSICAS	Emissão: 13/07/2022	Próxima revisão: 13/07/2024
		Versão: 1	

3.6. Algoritmo - Manejo da Aspiração Pulmonar





SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-ANEST.012 – Página 4/15	
Título do Documento	EMERGÊNCIAS ANESTÉSICAS	Emissão: 13/07/2022	Próxima revisão: 13/07/2024
		Versão: 1	

3.7. Monitoramento

Quadro 2 - Destino dos pacientes conforme condições clínicas após aspiração pulmonar.

Condição clínica do paciente	Setor de destino
Pacientes assintomáticos após 2h do evento	Podem ser encaminhados para enfermaria para seguimento
Pacientes estáveis após extubação durante período de 2h na sala de recuperação pós-anestésica (saturação de O ₂ 95% com FiO ₂ abaixo de 50%, frequência cardíaca inferior a 100 bpm, frequência respiratória menor que 20 irpm), ausência de broncoespasmo ou febre e sem alterações patológicas no raio-X de tórax.	
Pacientes que não preenchem esses critérios.	Devem ser transferidos para Unidade de Terapia Intensiva.

Fonte: Baseado em BISNOTTO; SILVEIRA; MARTINS (2014)

4. ANAFILAXIA

4.1. Conceito

Anafilaxia é uma “reação de hipersensibilidade sistêmica, do tipo imediata, ameaçadora à vida, cujo mecanismo é imunológico mediado por IgE após sensibilização prévia do paciente acometido” (CÉSAR *et al.* 2017).

4.2. Objetivo

Reconhecer precocemente a reação anafilática durante o ato anestésico-cirúrgico bem como realizar o seu manejo de forma adequada baseado em evidências clínicas e literatura sobre o tema.

4.3. Justificativa

As reações de hipersensibilidade estão cada vez mais presentes em nossa população. As reações anafiláticas têm incidência de 1 para cada 5000 a 10000 anestésias (VALÊNCIA, 2015) e apesar de raras na prática clínica diária guardam em si um aumento importante na morbimortalidade do paciente.

4.4. Gravidade das reações de hipersensibilidade intraoperatória

A classificação quanto à gravidade das reações de hipersensibilidade é importante para orientar o tratamento a ser estabelecido.



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROCOLO	PRO.MED-ANEST.012 – Página 5/15	
Título do Documento	EMERGÊNCIAS ANESTÉSICAS	Emissão: 13/07/2022	Próxima revisão: 13/07/2024
		Versão: 1	

Quadro 3 - Classificação da gravidade das reações de hipersensibilidade intraoperatória

Gravidade	Local de acometimento	Sinais e sintomas
Grau 1	Pele e mucosas	Eritema, angioedema
Grau 2	Múltiplos órgãos	Mucocotâneo, broncoespasmo, hipotensão
Grau 3	Múltiplos órgãos com risco de vida	Colapso cardiovascular, arritmia, broncoespasmo
Grau 4	Parada cardíaca	Parada cardíaca

Fonte: Adaptado de AUN *et al.* (2016)

4.5. Manuseio Imediato

- 4.5.1. Identificada uma potencial reação alérgica, o tratamento deve ser imediato, integral, multiprofissional, cabendo ao anestesiológico a tarefa de liderar as ações.
- 4.5.2. A equipe cirúrgica deve ser informada assim que o fato for suspeitado ou diagnosticado.
- 4.5.3. A identificação de potenciais fatores causais deve ser iniciada juntamente com as medidas de suporte e tratamento.
- 4.5.4. Oferta de oxigênio a 100% deve ser uma prerrogativa a ser seguida em todos os pacientes, além da manutenção da perviedade das vias aéreas, podendo ser necessário a realização da intubação orotraqueal.
- 4.5.5. Descontinuação de medicações, hemoderivados, soluções não salinas (colóides, gelatinas, etc.), pois podem ser os potenciais gatilhos da reação.
- 4.5.6. Manutenção do paciente apenas com solução salina fisiológica e halogenados para manutenção de anestesia geral.
- 4.5.7. Nos casos de anafilaxia grau 1 e 2 (quadro 3) deve ser administrado bolus intravenoso de epinefrina de 5-10 mcg para adultos e 1-5 mcg/kg para crianças.
- 4.5.8. Em vigência de um choque anafilático:
 - 4.5.8.1. Expansão volêmica deve ser precoce e vigorosa, iniciando-se com 25-50 ml/kg e bolus adicional de 25-50 ml/kg se persistência de hipotensão.
 - 4.5.8.2. Administração de epinefrina, doses em *bolus* de 1-3 mcg/kg podem ser utilizados, tanto na população adulta como pediátrica para manutenção da estabilidade hemodinâmica, podendo ser repetidos de 2 em 2 minutos.
 - 4.5.8.3. Em casos refratários aos *bolus*, pode-se iniciar epinefrina em infusão contínua na dose inicial de 0.05 mcg/kg/min com ajuste da dose pela resposta do paciente.

O objetivo inicial é manter uma pressão arterial sistólica acima de 90 mmHg.

- 4.5.9. Pacientes que evoluem para PCR devem ser tratados conforme protocolos



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-ANEST.012 – Página 6/15	
Título do Documento	EMERGÊNCIAS ANESTÉSICAS	Emissão: 13/07/2022	Próxima revisão: 13/07/2024
		Versão: 1	

próprios de suporte avançado de vida.

- 4.5.10. Administração de broncodilatadores em doses usuais para tratar o broncoespasmo, mesmo que já se esteja utilizando a epinefrina.
- 4.5.11. Administração de glucagon - dose de 1-2 mg EV em bolus, e se necessário o início de infusão contínua nas doses iniciais de 5-15 mcg/min com ajuste pela resposta do paciente nas situações abaixo:
 - 4.5.11.1. Pacientes em uso prévio de inibidores da enzima de conversão de angiotensina, com anestesia espinhal ou em uso de betabloqueadores (apresentam quadros de hipotensão mais intensos).
 - 4.5.11.2. Usuários de betabloqueadores (podem apresentar certa resistência ao uso da epinefrina devido a sua ocupação sobre os receptores adrenérgicos).

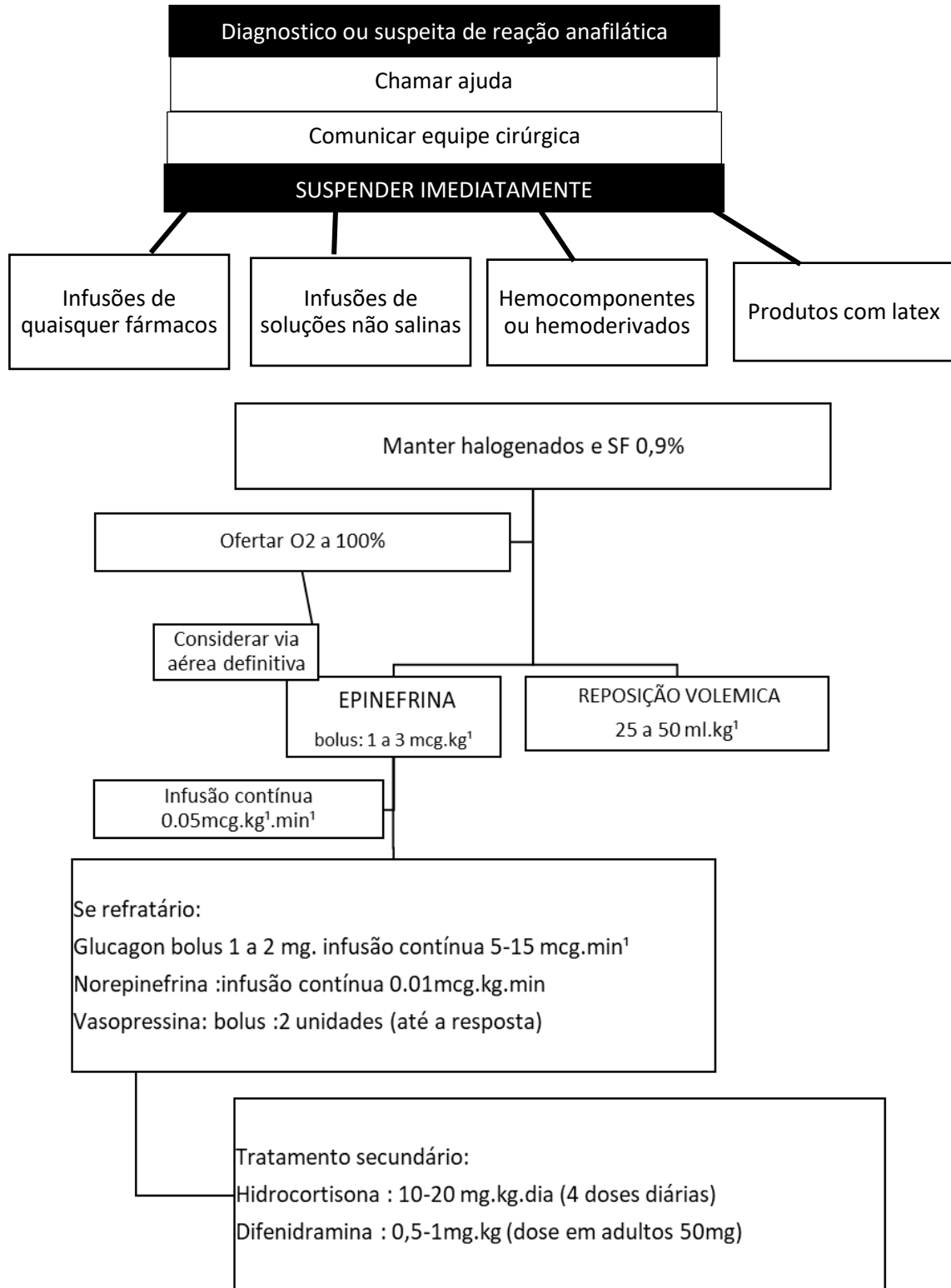
4.6. Manuseio após a crise

- 4.6.1. Providenciar o transporte para a unidade de terapia intensiva, assim que possível, com estadia mínima de 24 horas para observar possíveis reações alérgicas tardias.
- 4.6.2. Administração de hidrocortisona na dose de 10-20 mg/kg/dia, dividida em 4 vezes ao dia, com o intuito teórico de evitar o segundo pico da reação alérgica (pode ocorrer entre 12-24 horas do quadro inicial).
- 4.6.3. Administração de difenidramina (bloqueador dos receptores de histamina) - 0.5-1 mg/kg (dose máxima de 50 mg).
- 4.6.4. Compete ao médico anestesiológico encaminhar todo paciente acometido por anafilaxia ao médico alergologista para investigação dos prováveis fatores causais, munido da relação dos fármacos e substâncias administrados no perioperatório, provável fármaco suspeito e relato das condutas realizadas como tratamento e evolução do quadro.
- 4.6.5. Considerar os resultados dos testes alérgicos e alternativas ao fármaco causal em procedimentos anestésicos futuros.
- 4.6.6. Dessensibilização prévia deve ser realizada para procedimentos eletivos, quando não há uma alternativa segura ao agente causador da reação anafilática.



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-ANEST.012 – Página 7/15	
Título do Documento	EMERGÊNCIAS ANESTÉSICAS	Emissão: 13/07/2022	Próxima revisão: 13/07/2024
		Versão: 1	

4.7. Algoritmo - Manuseio inicial da reação anafilática





SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-ANEST.012 – Página 8/15	
Título do Documento	EMERGÊNCIAS ANESTÉSICAS	Emissão: 13/07/2022	Próxima revisão: 13/07/2024
		Versão: 1	

5. VIA AÉREA DIFÍCIL NÃO ANTECIPADA

5.1. Conceitos

- 5.1.1. Via aérea difícil: situação clínica na qual o anestesiolista treinado tenha dificuldade de intubar um paciente, manter sua ventilação manual sob máscara ou ambos (UNIFESP).
- 5.1.2. Via Aérea Falha: ocorre quando o plano principal escolhido para estabelecer a via aérea avançada falha e é necessário lançar mão de planos de resgate. Acontece nas seguintes condições:
 - 5.1.2.1. Falha em manter oxigenação adequada durante ou após uma ou mais laringoscopias.
 - 5.1.2.2. Falha de 3 tentativas de intubação orotraqueal por um médico experiente, mesmo se a saturação de oxigênio permanecer adequada.

5.2. Objetivos

- 5.2.1. Orientar os médicos anesestesiologistas quanto a conduta diante de uma via aérea difícil não antecipada.
- 5.2.2. Estabelecer estratégias de resgate da via aérea tendo em vista a manutenção da ventilação do paciente.

5.3. Justificativa

A via aérea difícil não antecipada é geradora de grande estresse para o médico anestesiolista com risco de complicações graves e desfechos desfavoráveis para o paciente. Soares (2013) ressalta que em torno de 30% das mortes atribuídas à anestesia é resultante da incapacidade de acessar adequadamente as vias aéreas com dificuldade extrema.

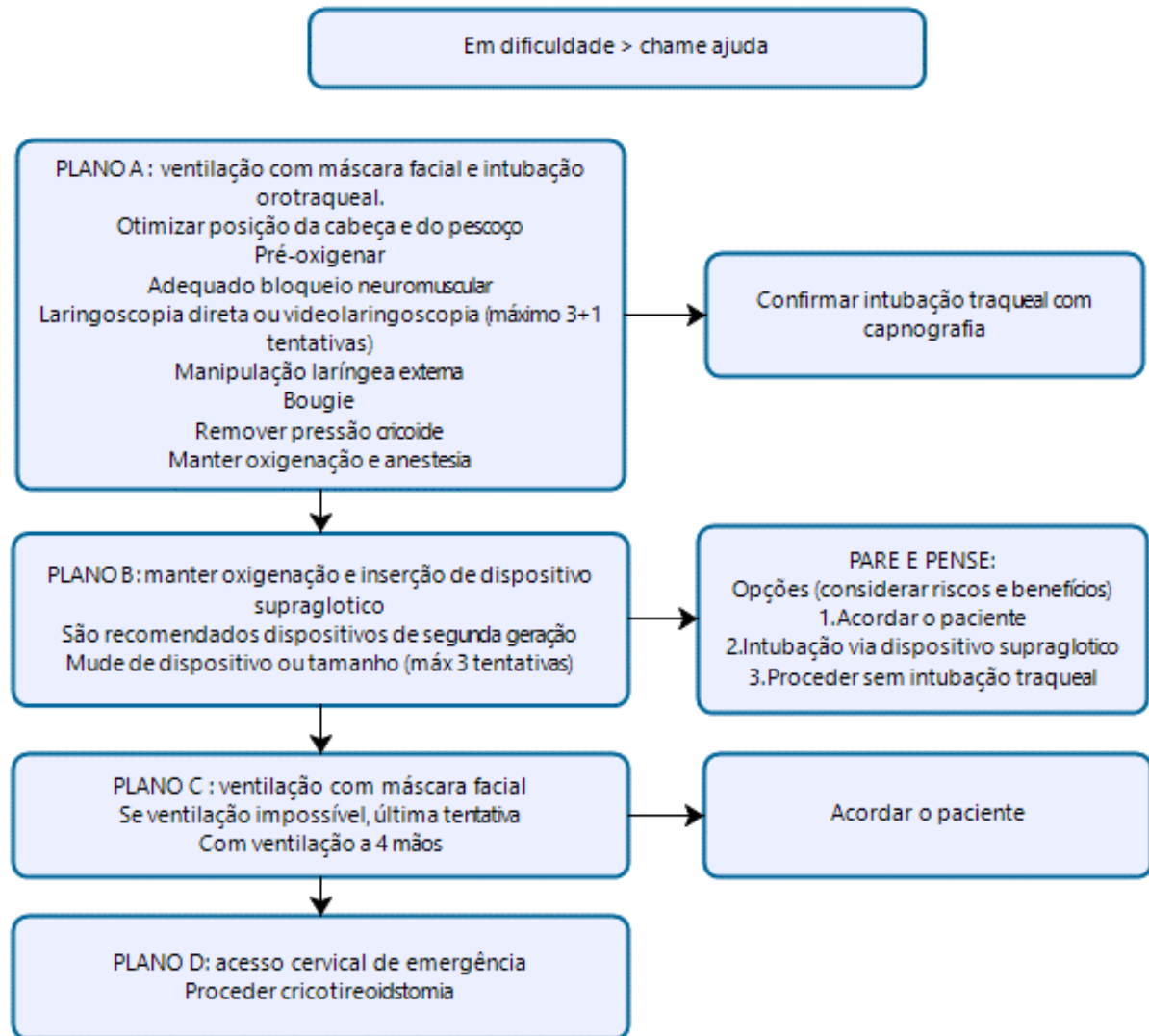
5.4. Critérios de inclusão

Clinicamente, uma via aérea falha pode se apresentar de duas maneiras:

- 5.4.1. “Não intubo, não ventilo”: não há tempo suficiente para planos de resgate e a via aérea deve ser obtida imediatamente, devido à incapacidade de se manter uma oxigenação adequada.
- 5.4.2. “Não Intubo, mas ventilo”: Há tempo para avaliar a situação e decidir sobre as próximas ações a serem tomadas.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-ANEST.012 – Página 9/15	
Título do Documento	EMERGÊNCIAS ANESTÉSICAS	Emissão: 13/07/2022	Próxima revisão: 13/07/2024
		Versão: 1	

5.5. Fluxograma- Manejo da via aérea difícil não prevista.



6. PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

6.1. Conceito

Conforme Campanharo et al. (2016), parada cardiorrespiratória (PCR) é definida como “a interrupção da atividade mecânica cardíaca, confirmada pela ausência de responsividade, apnéia ou respiração agônica e ausência de sinais de circulação”.

6.2. Objetivo

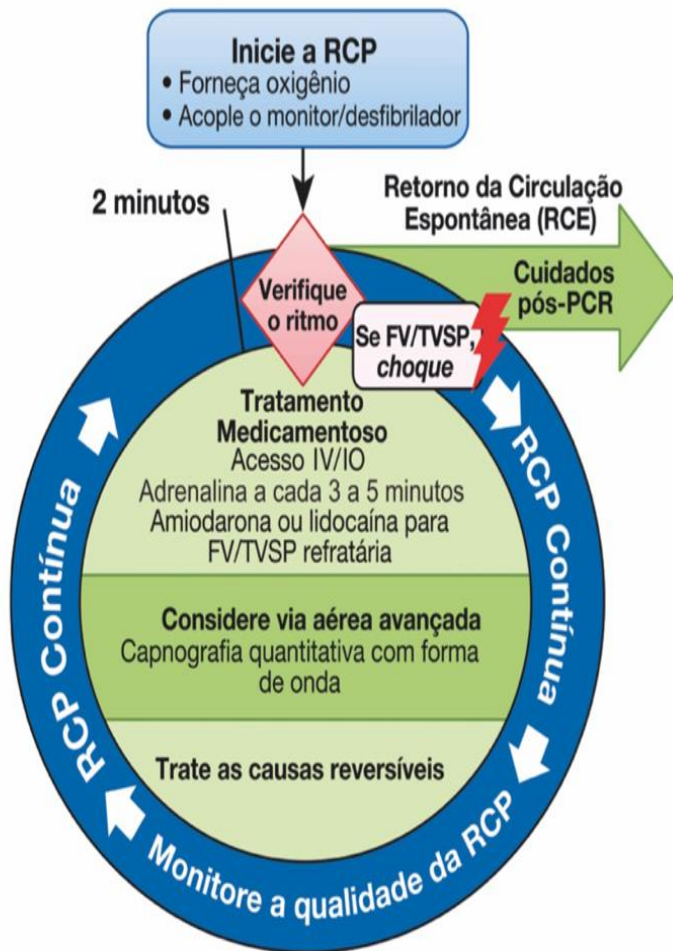
Orientar a intervenção para cada cenário clínico de parada cardiorrespiratória, com ênfase na reanimação cardiopulmonar (RCP) de qualidade para melhorias nos resultados, contribuindo para o melhor prognóstico dos clientes.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-ANEST.012 – Página 10/15	
Título do Documento	EMERGÊNCIAS ANESTÉSICAS	Emissão: 13/07/2022	Próxima revisão: 13/07/2024
		Versão: 1	

6.3. Justificativa

A parada cardiorrespiratória permanece como uma das emergências cardiovasculares de grande prevalência e com morbidade e mortalidade elevadas. A criação de protocolos e algoritmos internacionais permitiu a padronização e a organização da assistência médica durante esse evento com melhores resultados para os pacientes.

6.4. Algoritmo de PCR



© 2018 American Heart Association

Qualidade da RCP
<ul style="list-style-type: none"> • Comprima com força (pelo menos 5 cm) e rapidez (100-120/min) e aguarde o retorno total do tórax. • Minimize interrupções nas compressões. • Evite ventilação excessiva. • Alterne as pessoas que aplicam as compressões a cada 2 minutos ou antes se houver cansaço. • Sem via aérea avançada, relação compressão-ventilação de 30:2. • Capnografia quantitativa com forma de onda <ul style="list-style-type: none"> – Se PETCO₂ < 10 mmHg, tente melhorar a qualidade da RCP. • Pressão intra-arterial <ul style="list-style-type: none"> – Se pressão na fase de relaxamento (diastólica) < 20 mmHg, tente melhorar a qualidade da RCP.
Carga do Choque para Desfibrilação
<ul style="list-style-type: none"> • Bifásica: Recomendação do fabricante (por exemplo, dose inicial de 120 a 200 J); se desconhecida, usar máximo disponível. A segunda dose e as subsequentes devem ser equivalentes, podendo ser consideradas doses mais altas. • Monofásica: 360 J
Tratamento Medicamentoso
<ul style="list-style-type: none"> • Dose IV/IO de adrenalina: 1 mg a cada 3 a 5 minutos • Dose IV/IO de amiodarona: Primeira dose: bolus de 300 mg. Segunda dose: 150 mg. <p style="text-align: center;">-OU-</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dose IV/IO de lidocaína: Primeira dose: 1 a 1,5 mg/kg. Segunda dose: 0,5 a 0,75 mg/kg.
Via Aérea Avançada
<ul style="list-style-type: none"> • Intubação endotraqueal ou via aérea supraglótica avançada • Capnografia com forma de onda ou capnometria para confirmar e monitorar o posicionamento do tubo ET • Quando houver uma via aérea avançada, administre 1 ventilação a cada 6 segundos (10 ventilações/min) com compressões torácicas contínuas
Retorno da Circulação Espontânea (RCE)
<ul style="list-style-type: none"> • Pulso e pressão arterial • Aumento abrupto prolongado no PETCO₂ (normalmente >40 mmHg) • Sinal de onda espontâneo na pressão arterial com monitorização intra-arterial
Causas reversíveis
<ul style="list-style-type: none"> • Hipovolemia • Hipóxia • Hidrogênio, ion (acidose) • Hipo-/hipercalémia • Hipotermia • Tensão no pneumotórax • Tamponamento, cardíaco • Toxinas • Trombose, pulmonar • Trombose, coronária



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-ANEST.012 – Página 12/15	
Título do Documento	EMERGÊNCIAS ANESTÉSICAS	Emissão: 13/07/2022	Próxima revisão: 13/07/2024
		Versão: 1	

7. PCR NA GESTANTE

Parada cardiorrespiratória na gestação é um evento raro, porém catastrófico.; resulta em baixas taxas de sobrevivência e comumente está associada a sequelas. As alterações fisiológicas da gestação e suas repercussões dificultam a reanimação cardiopulmonar dessa população (SANTOS et al., 2021). É um cenário especial pois envolve a mãe e o feto.

7.1. Atribuições, competências e responsabilidades

- 7.1.1. O manejo da PCR na gestante demanda rápida abordagem multidisciplinar, incluindo médicos anestesiológicos, obstetras e neonatologistas e profissionais de enfermagem que devem estar envolvidos desde o início da RCP.
- 7.1.2. Compressões torácicas nas gestantes obedecem os mesmos princípios das pacientes não gestantes, com exceção do continuo deslocamento uterino para esquerda (DUE).
- 7.1.3. DUE manual deve ser realizado continuamente em todas as gestantes em PCR nas quais o fundo uterino seja palpado ao nível ou acima da cicatriz umbilical, para aliviar a compressão aortocava durante a RCP.
- 7.1.4. Se for difícil avaliar a altura do fundo uterino (como em casos de obesidade mórbida) deve-se tentar o DUE manual, se for tecnicamente viável.
- 7.1.5. Inclinação lateral não é mais recomendável, pois pode comprometer a qualidade da RCP.
- 7.1.6. Garantir uma via aérea efetiva e de forma rápida e uma ventilação adequada é essencial pois há o risco aumentado de desenvolver hipoxemia rapidamente.
- 7.1.7. Desobstruir VA com inclinação da cabeça e elevação do mento (se não for trauma). Ofertar O₂ a 100% , com fluxo > 15L/min.
- 7.1.8. Os monitores fetais devem ser removidos assim que possível durante a RCP da gestante, pois a avaliação fetal não é útil e pode prejudicar a reanimação e monitorização materna.
- 7.1.9. A cesárea de emergência na PCR (cesárea perimortem- CPM) é fortemente indicada se a gestante – com o fundo uterino ao nível ou acima da cicatriz umbilical não responder às manobras de RCP com o DUE após 4 min de RCP.
- 7.1.10. Se a sobrevivência materna não for viável, a CPM deve ser realizada imediatamente.

7.2. Cesárea perimortem - CPM

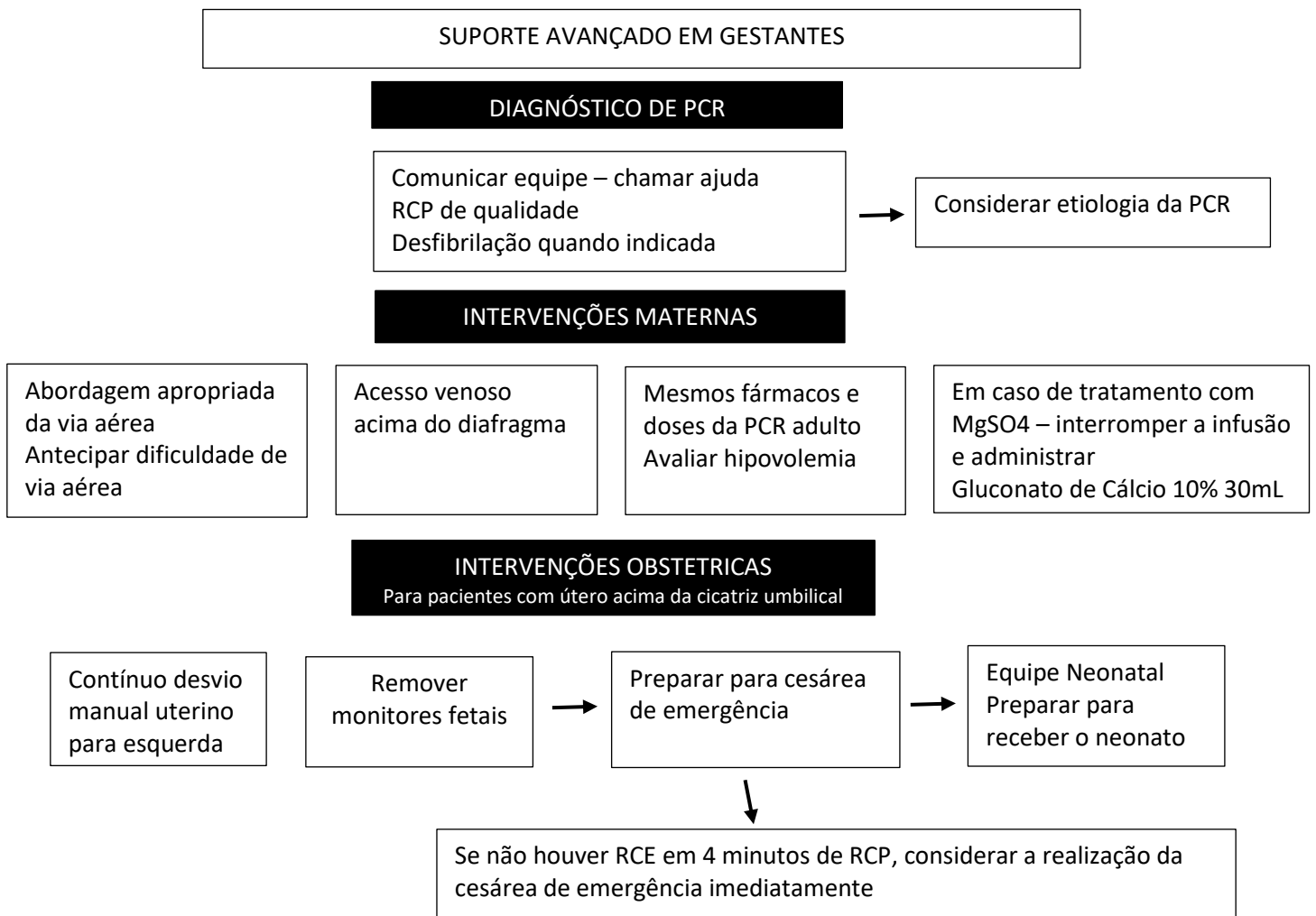
- 7.2.1. Se em 4 minutos a gestante com altura de fundo uterino acima do umbigo não retornou ao ritmo sinusal com as medidas de reanimação habituais, é aconselhável iniciar o preparo para a histerotomia de emergência ou CPM, concomitantemente à reanimação.
- 7.2.2. A CPM deve ser realizada até o 5º minuto de RCP.
- 7.2.3. Não transportar para outros locais ou esperar por equipamentos cirúrgicos para iniciar o procedimento; apenas um bisturi é necessário.



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-ANEST.012 – Página 13/15	
Título do Documento	EMERGÊNCIAS ANESTÉSICAS	Emissão: 13/07/2022	Próxima revisão: 13/07/2024
		Versão: 1	

- 7.2.4. Não gastar tempo em procedimentos antissépticos.
- 7.2.5. Desvio manual do útero para a esquerda contínuo deve ser realizado ao longo da CPM.
- 7.2.6. Não interromper a RCP em nenhum momento.
- 7.2.7. A equipe de reanimação neonatal deve ser notificada desde a constatação da PCR em gestante, permitindo um tempo máximo preparatório.

7.3. Fluxograma – Suporte avançado em gestantes



7.4. Diagnósticos diferenciais

Considerar as causas de PCR comuns às mulheres não grávidas. Atentar para causas de enfermidades específicas da gravidez: embolia amniótica, intoxicação por sulfato de magnésio (tratamento efetivo – 1 grama de gluconato de cálcio), doença hipertensiva específica da gravidez (CAMPANHARO *et al.* 2016).



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-ANEST.012 – Página 14/15	
Título do Documento	EMERGÊNCIAS ANESTÉSICAS	Emissão: 13/07/2022	Próxima revisão: 13/07/2024
		Versão: 1	

7.5. Cuidados pós-reanimação

- 7.5.1. Recuperação pós- parada em Unidade de Terapia Intensiva (a maioria das mortes após reanimação ocorre nas primeiras horas pós-retorno à circulação espontânea.
- 7.5.2. As intervenções terapêuticas e diagnósticas devem:
- 7.5.2.1. Determinar e tratar a causa da parada cardíaca;
- 7.5.2.2. Minimizar a lesão cerebral;
- 7.5.2.3. Manusear a disfunção cardiovascular;
- 7.5.2.4. Corrigir os problemas que possam surgir a partir da isquemia global e lesão de reperfusão

8. REFERÊNCIAS

1. AHA. Adult Basic Life Support. 2018 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment. Recommendations Summary. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/CIR.0000000000000611>. Acesso em: 01 jun. 2022.
2. ASA PUBLICATIONS. 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*, v, 126, p. 376–393, 2017. Disponível em: <https://pubs.asahq.org/anesthesiology/article/126/3/376/19733/Practice-Guidelines-for-Preoperative-Fasting-and>. Acesso em 03 maio 2022.
3. AUN, M. V. *et al.* Anafilaxia perioperatória: a experiência brasileira. *Rev. Port. Imunoalergol.*, v. 24, n. 2, p. 99-106, 2016. Disponível em: https://www.spaic.pt/client_files/rpia_artigos/anafilaxia-perioperatoria:-a-experiencia-brasileira.pdf. Acesso em: 26 abr. 2022.
4. BISINOTTO, F. M. B.; SILVEIRA, L. A. M.; MARTINS, L. B. Aspiração pulmonar em anestesia: revisão. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 24, p. 56-66, 2014. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1681>. Acesso em: 27 abr. 2022.
5. CAMPANHARO, V. C. R *et al.* Ressuscitação Cardiopulmonar na Gestação: uma revisão integrativa. *Arquivos Brasileiros de Ciência da Saúde*. v. 41, n. 3. p. 181-187, 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/311690427_Ressuscitacao_cardiopulmonar_na_gestacao_uma_revisao_integrativa. Acesso em: 15 maio 2022.
6. C ESAR, R. P.P. *et al.* Anafilaxia e Anestesiologia - Uma abordagem prática. *Rev Med Minas Gerais*, v.27, supl.4, p.4-8, 2017. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/2198>. Acesso em: 20 maio. 2022.
7. JUNG, L. A.; C E, A.C.O. Complica es relacionadas   anestesia. *Rev Bras Anest*, v. 36, n. 6,



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-ANEST.012 – Página 15/15	
Título do Documento	EMERGÊNCIAS ANESTÉSICAS	Emissão: 13/07/2022	Próxima revisão: 13/07/2024
		Versão: 1	

- p. 441-448, 1986. Disponível em: <https://app.periodikos.com.br/article/5f503f3a8e6f1a03048b4626/pdf/rba-36-6-441.pdf>. Acesso em: 01 maio 2022.
8. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Sistemas de notificação e aprendizagem de incidentes de segurança do paciente [livro eletrônico]. Tradução Fernando Alves Esbérard Leite. Leme, SP: Mizuno, 2021. 91 p. Disponível: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334323/9786555261950-por.pdf>. Acesso em: 05 maio 2022.
9. PAVÃO, A. L. B. *et al.* Eventos adversos em anestesiologia: análise por meio da ferramenta Logbook usada por médicos em especialização no Brasil. **Rev Bras Anesthesiol**, v. 69, n. 5, p. 461-468, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rba/a/YFnzyB4FNKS8xjtYRCpCGWy/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 09 abr. 2022.
10. SANTOS, M. V. F. *et al.* Parada cardiorrespiratória na gestação: uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, v.4, n.5, p.20132-20138, 2021. Disponível em: <tps://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/36462/pdf>. Acesso em 24 maio 2022.
11. SOARES, D. F. Alerta de via aérea difícil no Centro Hospitalar do Porto - um estudo retrospectivo. Artigo de investigação médica. Mestrado Integrado em Medicina. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar- Universidade do Porto. Porto, Portugal. Julho, 2013. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/302911721.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2022.
- UNIFESP. Protocolo de via aérea difícil. Disponível em: https://www.saudedireta.com.br/docsupload/1339870271via_aerea.pdf. Acesso em 28 maio 2022.
12. VALENCIA, M. I. B. Anafilaxia perioperatória. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, v. 65, n. 4, p. 292-297, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rba/a/KKXZSmCs6p7bbD8WYD84GvG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso: 10 maio 2022.

9. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO

ELABORAÇÃO

Antonia Maria de Carvalho
Ana Cecília de Sousa Silva
Kérsia Gomes Ribeiro
Tatiane Bezerra Moura