

Tema: prevenção de broncoaspiração no adulto

Versão Nº 01

Protocolo Nº 360

1ª versão: novembro de 2023

Atualização: NA

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	2
OBJETIVOS.....	2
CRITÉRIOS DE ADMISSÃO.....	2
CONCEITO	3
FLUXOGRAMA.....	3
ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES.....	4
AValiação DE RISCO PARA BRONCOASPIRAÇÃO.....	6
MEDIDAS PREVENTIVAS.....	6
Cuidados com a alimentação oral.....	6
Cuidados com a sonda enteral e administração de dieta.....	7
Posicionamento do paciente no leito	8
Medidas de higiene oral	8
Cuidados com pacientes em ventilação mecânica	8
Cuidados com pacientes traqueostomizados.....	9
Intervenções imediatas diante de vômito com risco de broncoaspiração.....	9
MONITORAMENTO	10
CONFLITOS DE INTERESSE.....	10
REFERÊNCIAS.....	10
SIGLAS	12
HISTÓRICO DAS VERSÕES.....	12

INTRODUÇÃO

A broncoaspiração é uma das principais causas de morte por infecções associadas aos cuidados de saúde, o que é motivo de grande preocupação. Os pacientes internados em hospitais de alta complexidade, frequentemente, apresentam um ou mais fatores de risco para broncoaspiração. Dessa forma, é fundamental que eles sejam identificados precocemente a fim de que toda a equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, fisioterapeuta, nutricionista e fonoaudiólogo) tomem as medidas cabíveis para evitá-la.

Estudos mostram que até 50% dos adultos saudáveis aspiram à noite sem desenvolver pneumonia. Ela só ocorre quando o patógeno atinge o trato respiratório inferior e supera os mecanismos de defesa do sistema respiratório. Os principais mecanismos de defesa são: a barreira anatômica das vias aéreas, os reflexos da glote e da tosse e o sistema de transporte mucociliar. A aspiração pode ser oligossintomática, mas requer a realização de medidas imediatas, além de avaliação para disfunção da deglutição em pacientes gravemente enfermos – especialmente aqueles que estão intubados há mais de 48 horas, os que fazem uso de anestésicos e bloqueadores neuromusculares e os que apresentam acidente vascular cerebral, demência e distúrbios neuromusculares.

A literatura mostra que a mortalidade após um episódio de pneumonia aspirativa varia entre 7,5% e 72%. Desta forma, compreendendo que este evento possa ser evitável, na grande maioria dos casos, faz-se necessário a implantação de medidas fortemente recomendadas para a prevenção de eventos dessa natureza na instituição.

OBJETIVOS

Identificar precocemente o paciente adulto internado no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG) em risco para broncoaspiração, aplicando as medidas de prevenção adequadas.

CRITÉRIOS DE ADMISSÃO

Este protocolo se aplica a todos os pacientes adultos (> 18 anos) que estiverem:

- internados no HC-UFMG,
- em atendimento ou em observação no pronto-socorro com proposta de internar,
- em Serviços de Medicina Diagnóstica da instituição para realização de exames sob sedação, que apresentarem fatores de risco para a ocorrência de broncoaspiração,

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).

- que estiverem no centro cirúrgico.

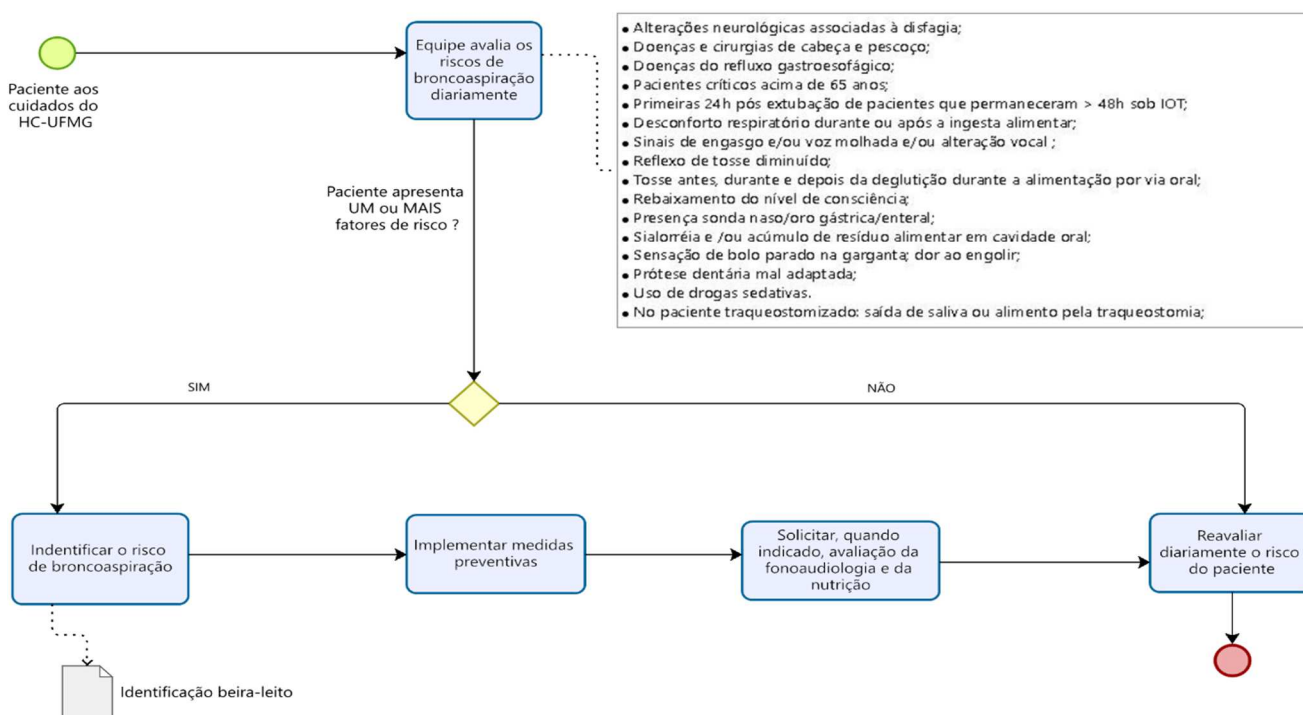
As medidas preventivas são indicadas para todos os pacientes classificados como de alto risco para broncoaspiração.

CONCEITO

Aspiração broncopulmonar (broncoaspiração) é a entrada de conteúdo, endógeno ou exógeno, colonizados por bactérias residentes, ou não, do tubo digestivo para o trato respiratório inferior (traqueia, brônquios e pulmões), ocasionando alterações inflamatórias e crescimento bacteriano. As substâncias mais comuns são os resíduos gástricos e as secreções colonizadas contidas na cavidade orofaríngea, favorecendo a ocorrência de pneumonite aspirativa ou pneumonia.

FLUXOGRAMA

Figura 1 – Fluxograma de avaliação do risco de broncoaspiração



Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).

ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

<p>Médico</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Avaliação de risco para broncoaspiração diariamente; – Prescrição de cuidados e tratamento e implementação de medidas preventivas; – Solicitação e avaliação de exames diagnósticos; – Intervenções imediatas diante do vômito; – Avaliar a necessidade de fisioterapia respiratória e de avaliação fonoaudiológica; – Manter a cabeceira do leito elevada de 30° a 45°; – Avaliar a necessidade de adequação do tipo de dieta (consistência) e de sonda para a administração de dieta e medicamentos; – Adequar as medicações prescritas de acordo com a via de administração e necessidade de espessante; – Realizar as orientações necessárias ao cuidador ou responsável; – Registro de incidente em prontuário e Notificação no VigiHosp.
<p>Enfermeiro</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Treinamento da equipe; – Avaliação de risco para broncoaspiração diariamente e comunicar à equipe médica; – Sinalização do risco (placa beira-leito, passagem de plantão, AGHU); – Prescrição e implementação de medidas preventivas, como manter a cabeceira elevada 30° a 45° – Intervenções imediatas diante do vômito; – Avaliar o nível de consciência; – Observar e registrar sinais de alerta: tosse, engasgos, sudorese, cianose, voz molhada e comunicar ao médico responsável para adequação da terapêutica, se necessário; – Verificar a necessidade de assistência (acompanhamento, administração) para oferta de dieta VO; – Orientar e supervisionar a administração da dieta oral com o paciente sentado ou, no mínimo com angulação de 60° em pacientes com risco que necessitem de auxílio; – Realizar administração segura de medicamentos orais para pacientes disfágicos com uso de espessante de acordo com a consistência indicada; – Monitorar o uso do espessante, de acordo com a indicação da Fonoaudiologia; – Realizar as orientações necessárias ao cuidador ou responsável; – Registro de incidente em prontuário e Notificação no VigiHosp; – Coleta de dados para indicadores.
<p>Técnicos e auxiliares de Enfermagem</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Avaliação de risco para broncoaspiração diariamente; – Implementação de medidas preventivas; – Intervenções imediatas diante de vômito; – Manter a cabeceira elevada de 30° a 45°; – Avaliar o nível de consciência; – Verificar a necessidade de assistência para oferta de dieta via oral; – Supervisionar a administração da dieta oral em decúbito sentado, no mínimo com angulação de 60° em pacientes com risco que necessitem de auxílio; – Realizar administração segura de medicamentos orais para pacientes disfágicos com uso de espessante de acordo com a consistência indicada; – Monitorar o uso do espessante, de acordo com a indicação da Fonoaudiologia; – Realizar as orientações necessárias ao cuidador ou responsável; – Registro do incidente em prontuário e Notificação no VigiHosp; – Coleta de dados para indicadores.

<p>Fonoaudiólogo</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Avaliação de risco para broncoaspiração em todo atendimento; – Implementação de medidas preventivas; – Intervenções imediatas diante do vômito; – Manter a cabeceira elevada de 30° a 45°; – Avaliar o nível de consciência; – Sugerir adequação de dieta via oral ou a passagem da sonda enteral; – Realizar gerenciamento de paciente disfágico, fonoterapia, reavaliações e orientações; – Monitoramento da pressão de <i>cuff</i> durante os atendimentos; – Discutir com equipe multiprofissional a conduta adequada; – Realizar reabilitação fonoaudiológica; – Sugerir exames específicos à equipe médica; – Prescrever uso de espessante, quando indicado; – Monitoramento conjunto com equipe de nutrição clínica sobre a consistência da dieta oferta; – Orientar a equipe de enfermagem sobre a forma mais segura de oferta dos líquidos, principalmente quando necessário utensílios específicos ou espessante alimentar. – Realizar as orientações necessárias ao cuidador ou responsável; – Registro do incidente em prontuário e Notificação no VigiHosp; – Coleta de dados para indicadores.
<p>Fisioterapeuta</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Avaliação de risco para broncoaspiração em todo atendimento; – Implementação de medidas preventivas; – Intervenções imediatas diante do vômito; – Monitoramento da pressão de <i>cuff</i> durante os atendimentos; – Realizar as orientações necessárias ao cuidador ou responsável; – Manter a cabeceira elevada de 30° a 45°; – Avaliar o nível de consciência; – Registro do incidente em prontuário e Notificação no VigiHosp; – Coleta de dados para indicadores.
<p>Nutricionista</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Acompanhar e adequar a dieta de acordo com a condição clínica do paciente e prescrição médica; – Indicar, orientar a dieta ou suplemento de acordo com as condições clínicas do paciente; – Orientar o uso de espessante em casos de uso prévio ou por indicação da Fonoaudiologia; – Programar dieta de acordo com a orientação da fonoaudiologia, quando aplicável; – Monitorar o uso do espessante, de acordo com a indicação da Fonoaudiologia e reforçar orientações ao paciente e familiares, se necessário; – Manter a cabeceira elevada de 30° a 45°; – Avaliar o nível de consciência; – Registro do incidente em prontuário e Notificação no VigiHosp; – Coleta de dados para indicadores.
<p>Gestores e líderes da unidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Treinamento da equipe; – Coleta de dados para construção de indicadores; – Análise crítica dos indicadores e monitoramento; – Intervenções de melhoria.

AVALIAÇÃO DE RISCO PARA BRONCOASPIRAÇÃO

Todos os pacientes internados devem ser avaliados na admissão e diariamente até a alta hospitalar quanto à presença dos seguintes fatores de risco:

- Alterações neurológicas associadas à disfagia;
- Doenças e cirurgias de cabeça e pescoço;
- Doenças do refluxo gastroesofágico;
- Pacientes críticos acima de 65 anos;
- Primeiras 24 horas pós extubação de pacientes que permaneceram mais de 48 horas em prótese de via aérea;
- Desconforto respiratório durante ou após a ingesta alimentar;
- Sinais de engasgo ou voz molhada ou alteração vocal;
- Reflexo de tosse diminuído;
- Tosse antes, durante e depois da deglutição durante a alimentação por via oral;
- Rebaixamento do nível de consciência;
- Presença sonda naso, orogástrica ou enteral;
- Sialorreia ou acúmulo de resíduo alimentar em cavidade oral;
- Sensação de bolo parado na garganta; dor ao engolir;
- Prótese dentária mal adaptada;
- Uso de drogas sedativas;
- Saída de saliva ou alimento pela traqueostomia.

Quando um paciente apresenta UM ou MAIS fatores de risco, ele é classificado como paciente com ALTO RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO, sendo identificado o risco na placa à beira leito e na passagem de plantão, para a implementação das medidas preventivas recomendadas.

MEDIDAS PREVENTIVAS

Cuidados com a alimentação oral

- Ofertar ao paciente, sempre que possível, alimentação com consistência e utensílios indicados pela Fonoaudiologia ou Nutrição;
- O paciente deve estar bem acordado e posicionado sentado ou com a cabeceira do leito elevada o máximo possível, sendo o mínimo de 60°, de preferência com a cabeça levemente flexionada para frente em pacientes de alto risco para broncoaspiração;

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).

- Orientar, supervisionar e realizar a administração da dieta oral em decúbito sentado, no mínimo com angulação de 60°, em pacientes com risco de broncoaspiração;
- Orientar a engolir o alimento sem pressa, quantas vezes forem necessárias, antes da próxima colherada;
- A mastigação deve ser estimulada o máximo possível, com o intuito de facilitar a deglutição;
- Caso sobre restos de alimento na boca, se possível, o paciente deve limpar com a língua e engolir;
- Orientar que a colher não deve estar muito cheia, nem muito vazia;
- Caso apresente “voz molhada”, é importante limpar a garganta e engolir;
- Observar e comunicar sinais de intolerância a terapia nutricional: vômitos, distensão abdominal, obstipação ou diarreia;
- Em caso de tosse, engasgo e falta de ar orientar o familiar a interromper a alimentação e comunicar a equipe imediatamente;
- Evitar fatores de distração como: televisão, celular, conversas, entre outros durante a alimentação;
- Após a alimentação, manter a cabeceira do leito elevada ou o paciente sentado por, aproximadamente, 45 minutos.

Pacientes em cuidados paliativos com indicação de dieta oral de conforto, deverá seguir recomendações estabelecidas conforme objetivo de cuidados individualizados.

Cuidados com a sonda enteral e administração de dieta

- Quando indicado, solicitar avaliação de médico, enfermeiro, nutricionista e fonoaudiólogo;
- Passar sonda nasoentérica;
- Evitar, quando possível, introduzir o cateter enteral via oral em pacientes conscientes devido a possibilidade de indução de vômito;
- Fixar o cateter enteral adequadamente, conforme protocolo institucional, para evitar tração acidental. Caso a fixação esteja solta, com sonda tracionada, pausar a infusão, comunicar ao médico, reposicionar e repetir a radiografia imediatamente, antes de iniciar nova infusão;
- Sempre solicitar confirmação radiológica do posicionamento após a inserção da sonda (o médico deverá realizar a solicitação do exame radiológico);
- Conferir o tipo de dieta enteral, o volume, a vazão e os dados do paciente na prescrição médica antes de instalar a dieta;

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).

- Sempre que possível, infundir a dieta pela sonda enteral em sistema de infusão contínua, em bomba de infusão;
- Observar, relatar em prontuário e comunicar a equipe médica e ao nutricionista, sinais de intolerância à dieta ou à sua vazão: distensão abdominal, náuseas ou vômitos. Ajustar a vazão (ml/h) se necessário, de acordo com avaliação médica;
- Pausar a dieta, sempre que possível, no mínimo 30 minutos antes de realizar procedimentos que estimulem o reflexo de tosse e de vômito (intubação, extubação, aspiração) e em situações que necessitem abaixar a cabeceira da cama.

Posicionamento do paciente no leito

- Manter a cabeceira elevada de 30° a 45°, se não houver contraindicação;
- Via de regra, realizar procedimentos com a cabeceira elevada;
- Sempre que reposicionar o paciente certificar-se de manter a cabeceira elevada de 30° a 45°.

Medidas de higiene oral

- Higienizar a cavidade oral sempre que necessário e, minimamente, nos três períodos (matutino, vespertino e noturno). Utilizar antisséptico oral à base de clorexidina à 0,12%, quando possível, em pelo menos uma das vezes, principalmente, em pacientes sob ventilação mecânica, traqueostomizados ou com cateteres enterais;
- Aspirar as secreções das vias aéreas de pacientes secretivos, sempre que houver necessidade;
- Inspeccionar a cavidade oral rotineiramente, para identificação e remoção de resíduos;
- Inspeccionar cavidade oral e realizar higienização das próteses dentárias rotineiramente;
- Sempre realizar procedimentos de higiene oral com cabeceira elevada.

Cuidados com pacientes em ventilação mecânica

- Seguir os protocolos para intubação e extubação seguros;
- Preparar os materiais de aspiração de vias aéreas para o procedimento de intubação ou extubação traqueal;
- Manter a pressão do cuff do tubo endotraqueal e da cânula de traqueostomia entre 25 e 30 cmH₂O, conferindo especialmente antes da mobilização do paciente (banho, mudança de decúbito, transporte) e antes da higiene oral;
- Manter o posicionamento apropriado das conexões do ventilador, tanto em situações de umidificação passiva – filtro HME ou HMEF – para se evitar o retorno de secreção para a via aérea do

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).

paciente, ou, em uso de umidificação ativa (aquecedor), de forma a facilitar a drenagem da condensação para o copo coletor;

- Manter vias aéreas pérvias (tubo orotraqueal/traqueostomia), com adequada higienização, sempre que houver necessidade, conforme o protocolo institucional;
- Aspirar as vias aéreas superiores, sempre que houver necessidade, conforme o protocolo institucional;
- Assegurar decúbito elevado (30° a 45°) durante a realização de fisioterapia.

Cuidados com pacientes traqueostomizados

- O paciente traqueostomizado (principalmente com o *cuff* insuflado) possui risco significativo de aspiração por despressurização do sistema de deglutição, prejuízo da sensibilidade laríngea e da coaptação glótica. Diante disso, não alimentar o paciente com traqueostomia por via oral sem uma avaliação multidisciplinar adequada.

Intervenções imediatas diante de vômito com risco de broncoaspiração

- Interromper imediatamente a dieta;
- Lateralizar o paciente;
- Elevar a cabeceira da cama a 45°, se não houver contraindicação;
- Comunicar equipe médica e iniciar os procedimentos de suporte, se necessários;
- Aspirar a cavidade oral, faríngea e traqueal, para remoção dos resíduos da dieta;
- Investigar sinais de broncoaspiração: tosse, cianose, queda dos níveis de saturação de oxigênio, dispneia ou apneia, ausculta de crepitações ou sibilos, presença de aspirado traqueal com resíduos gástricos e hipotensão arterial;
- Relatar o ocorrido no prontuário;
- Em caso de broncoaspiração, realizar o registro no VigiHosp;
- É essencial que a unidade disponha de um aspirador funcionando e adequadamente montado, de modo que a assistência ocorra de maneira rápida e efetiva.

MONITORAMENTO

A coleta de dados para o levantamento de indicadores da implementação deste protocolo, devem ser realizadas pelas unidades assistenciais, utilizando-se a ficha de coleta de dados.

Os indicadores abaixo deverão ser monitorados pelas unidades assistenciais a fim de proporcionar a análise crítica e implementação de melhorias:

- Proporção de pacientes com avaliação de risco broncoaspiração na admissão (primeiras 24h);
- Proporção de pacientes com avaliação de risco broncoaspiração diária (nas últimas 24h);
- Proporção de pacientes em que as medidas preventivas foram implementadas;
- Incidência de broncoaspiração na instituição;
- Incidência de broncoaspiração nas unidades.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os participantes declaram não haver conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

Enteral feeding: Gastric versus post-pyloric. Disponível em https://www.uptodate.com/contents/enteral-feedinggastric-versuspostpyloric?search=sonda%20enteral&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=5

Furmann N, Costa FM. Critérios Clínicos utilizados por profissionais para liberação de dieta via oral em pacientes adultos hospitalizados. Rev. CEFAC. 2015 Jul-Ago.

Kunigk MRG, Chehter E. Disfagia orofaríngea em pacientes submetidos à entubação orotraqueal. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2007;12(4):287-91

Padovani AR, Moraes DP, Sassi FC, Andrade CRF. Avaliação clínica da deglutição em unidade de terapia intensiva, CoDAS 2013;25(1):1-7

Plano de Intervenções em Enfermagem - Prevenção de Aspiração Broncopulmonar em Adultos - Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Hospital de Clínicas. Disponível em:

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).

<http://www.ebserh.gov.br/documents/147715/0/PIE+Preven%C3%A7%C3%A3ode+broncoaspira%C3%A7%C3%A3o+2+013.pdf/ece782f7-a46e-4265-9c01-da1fc2c5cbb1>. Acessado em 04/10/2023.

Protocolo 007 - NSP - Prevenção de Broncoaspiração na Linha Adulto – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados. Disponível em https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-centro-oeste/hu-ufgd/aceso-a-informacao/pops-protocolos-e-processos/gerencia-de-atencao-a-saude-gas/nucleo-de-seguranca-do-paciente/anexo-portaria-68-gas-2021-pop-nsp-007-_pop_broncoaspiracao-_com_margem_e_fluxograma.pdf/view. Acessado em 04/10/2023.

Protocolo de Broncoaspiração – Cruz Azul de São Paulo: Saúde e Educação. Disponível em http://cruzazulsp.com.br/sistema/docpix/a/dicas_saude/2018/10/protocolo_de_broncoaspiracao_153961938116763_32.pdf. Acessado em 04/10/2023.

Protocolo de Broncoaspiração – Beneficência Portuguesa de São Paulo. Disponível em: https://www.bp.org.br/media/27054/fluxograma_tratamento_pneumonia.pdf. Acessado em 04/10/2023.

Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica- AMIB, 2013

STARKS, B.; HARBERT C. Aspiration Prevention Protocol. Critical Care Nurse, v.31, n.5, 2011.

ABDULMASSIH, E.M. et al. Evolução de Pacientes com Disfagia Orofaríngea em Ambiente Hospitalar. ArqIntOtorrinolaringol, São Paulo, v.13, n.1, p.55-62, 2009.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA FEDERAL DE MEDICINA. Terapia nutricional: administração e monitoramento. Projeto Diretrizes, 2011. 12p. FERREIRA, I. K. C. Terapia nutricional em UTI. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, v. 19, n. 1, jan/mar. 2009.

Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Diretrizes Brasileiras para o tratamento das pneumonias adquiridas no hospital e das pneumonias associadas à ventilação mecânica. J. Bras. Pneumol. [online] 2007;33(Suppl 1):S1-S30. Disponível http://www.jornaldepneumologia.com.br/PDF/Suple_131_44_1diretrizes1.pdf. Acessado em 04/10/2023.

SIGLAS

AGHU	Aplicativo de Gestão para os Hospitais Universitários
HC-UFMG	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais
VIGIHOSP	Software utilizado pelos hospitais da rede Ebserh, o qual tem o objetivo de agilizar a ciência e a solução de problemas ocorridos nos hospitais, facilitando o processo decisório em ações para melhoria na qualidade dos serviços prestados aos pacientes.

HISTÓRICO DAS VERSÕES

1ª versão

- Elaborado em outubro de 2023 por: Raquel Domingos da Costa.
- Colocado em consulta pública em outubro de 2023.
- Aprovado em outubro de 2023 por Luciana Cristina dos Santos Silva, gerente de Atenção à Saúde e diretora técnica.