

# PROTOCOLO ASSISTENCIAL



## 1. OBJETIVO

Identificar e prevenir o risco para broncoaspiração dos pacientes internados no HSI.

## 2. SIGLAS

*HSI* – Hospital Isabel Izabel.

*BCO* – Broncoaspiração.

*IOT* – Intubação orotraqueal.

*ITR* – Infecção do trato respiratório.

*PAV* – Pneumonia associada a ventilação.

*SCIH* – Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

*SENEP* – Serviço de Nutrição Enteral e Parenteral.

*TQT* – Traqueostomia.

*TOT* – Tubo orotraqueal.

## 3. CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO

- Tosse;
- Engasgo;
- Pigarro;
- Voz molhada;
- Desconforto respiratório durante ou após a alimentação;
- Presença de resto alimentar orotraqueal;
- Cianose durante ou após alimentação.

## 4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

**4.0.1.** Doença neurológica: distrofia muscular, tumor de sistema nervoso central, polineuropatia, acidente vascular encefálico, traumatismos cranianos, demência e doença de Parkinson.

### Correspondence addresses:

Dra. Soraya T.A. Accioly  
soraia.accioly@santacasaba.org.br

**Received:** December 15, 2021

**Revised:** January 22, 2022

**Accepted:** January 29, 2022

**Published:** March 28, 2022

### Data Availability Statement:

All relevant data are within the paper and its Supporting Information files.

**Funding:** This work was the result of authors' initiative. There was no support of research or publication funds.

**Competing interests:** The authors have declared that no competing interests exist.

### Copyright

© 2022 by Santa Casa de Misericórdia da Bahia. All rights reserved.  
ISSN: 2526-5563  
e-ISSN: 2764-2089

### ELABORADO POR:

Ângela Alencar (Coordenadora de Enfermagem)  
Olga Novaes (Coordenadora de Enfermagem)  
Silvana Rodrigues (Coordenadora de Enfermagem)  
Soraia Accioly (Gerente de Qualidade)



- 4.0.2.** Alteração do nível de consciência: uso de sedativo e hipnóticos, rebaixamento do nível de consciência / Glasgow  $\leq$  12 por outras causas.
- 4.0.3.** Intubação orotraqueal: tempo de intubação maior que 48h;
- 4.0.4.** Uso de dispositivos: traqueostomias, SNE e gastrostomia;
- 4.0.5.** Doença pulmonar obstrutiva crônica descompensada;
- 4.0.6.** Pós-operatório de cirurgia do trato digestório;
- 4.0.7.** Disfagia mecânica: por doença de cabeça e pescoço, buco maxilo-facial e traumas de face;
- 4.0.8.** Alteração do trato gastrointestinal: distensão abdominal, presença de vômitos persistentes acima de três episódios;
- 4.0.9.** Reflexo de tosse diminuído ou ausente;
- 4.0.10.** Doenças esofágicas;
- 4.0.11.** Ausência de decúbito elevado por indicação clínica (drenagem de hematoma subdural, TRM em fase aguda não estabilizada, POI de artrodese de coluna, postura viciosa, prona).
- 4.0.12.** Dentição incompleta ou má adaptação da prótese dentária.
- 4.0.13.** Uso de medicamentos que reduzem a peristalse do sistema gastrointestinal ou que aumentam risco de vômitos

## 5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes que não apresentem fatores de risco para broncoaspiração.

## 6. CASOS ESPECIAIS

Não se aplica.

### ELABORADO POR:

Ângela Alencar (Coordenadora de Enfermagem)  
Olga Novaes (Coordenadora de Enfermagem)  
Silvana Rodrigues (Coordenadora de Enfermagem)  
Soraia Accioly (Gerente de Qualidade)



## 7. TRATAMENTO

As condutas assistenciais devem ser direcionadas para a prevenção dos Eventos de Broncoaspiração. O tratamento da Broncoaspiração em si e de suas complicações não são a proposta deste protocolo.

A prevenção da broncoaspiração requer o envolvimento da equipe multidisciplinar com identificação dos riscos, implementação das barreiras de prevenção específicas conforme a patologia e os risco individuais dos pacientes e monitoramento do cumprimento das medidas de barreira.

## 8. MONITORIZAÇÃO

Gerenciamento do risco e acompanhamento da adesão às medidas de barreiras através do painel de indicadores.

Monitorização mensal dos indicadores assistenciais através do time condutor do protocolo.

## 9. INDICADORES

- Taxa de Efetividade = porcentagem eventos de broncoaspiração com dano grave\* prevenidos com as medidas de profilaxia.

$$\frac{\text{Total de pacientes com risco}^* - \text{Pacientes com eventos graves}^{**}}{\text{Total de pacientes com risco}^*}$$

Total de pacientes com risco\*

\* Pacientes com risco para broncoaspiração ativado, em sistema, pela equipe multi.

\*\* Pacientes com evento grave: óbitos ou necessidade de UTI ou ventilação mecânica relacionados a broncoaspiração.

## 10. RESPONSABILIDADES

### 10.1. Médico

- Solicitar a avaliação da fonoaudióloga para pacientes com risco de broncoaspiração;
- Discutir plano terapêutico, a via de administração e consistência da dieta com equipe multiprofissional;
- Prescrever a dieta, os medicamentos para profilaxia química e as medidas de barreira individualizando cada paciente.

### 10.2. Farmacêutico

- Dispensar medicamentos conforme solicitação em sistema, mediante prescrição médica;
- Dispensar materiais médico hospitalares conforme solicitação em sistema;

#### ELABORADO POR:

Ângela Alencar (Coordenadora de Enfermagem)  
Olga Novaes (Coordenadora de Enfermagem)  
Silvana Rodrigues (Coordenadora de Enfermagem)  
Soraia Accioly (Gerente de Qualidade)



- Analisar tecnicamente a prescrição médica nos critérios de dose, via de administração, frequência, duplicidade terapêutica, diluição.

### 10.3. *Enfermeiro*

- Identificar paciente com risco para broncoaspiração e acionar as ações de barreiras necessárias;
- Identificar o risco de broncoaspiração na placa a beira leito;
- Prescrever os cuidados necessários;
- Interromper a dieta 30 minutos antes de mobilizar o paciente e atentar para reiniciá-la assim que possível;
- Manter a cabeceira elevada de 30° a 45° após o banho;
- Ofertar dieta oral com cabeceira elevada no mínimo de 60°, a menos que contra indicação médica;
- Verificar a graduação da sonda enteral, e qualquer suspeita de deslocamento de SNE, parar a dieta, aspirar sonda, reposicionar, comunicar ao médico para que solicite raio x para confirmação do posicionamento antes da administração de dieta e/ou medicamentos;
- Observar sinais de intolerância à terapia nutricional: náuseas, vômitos e distensão abdominal;
- Atentar para sinais de alerta: tosse, engasgos, sudorese e cianose. Interromper dieta oral ou enteral e comunicar equipe multidisciplinar;
- Realizar aspiração de vias aéreas superiores, sempre que necessário;
- Avaliar se o *bundle* de PAV está adequadamente aplicado, em pacientes intubados;
- Observar nível de consciência do paciente e não administrar dieta oral para pacientes com rebaixamento de nível de consciência. Discutir com a equipe multidisciplinar – Glasgow <12 e desconforto respiratório;
- Realizar orientações com relação aos sinais de alerta bem como de medidas preventivas ao paciente e acompanhante;
- Realizar notificação em sistema, em caso de suspeita do evento de broncoaspiração;

### 10.4. *Técnico de Enfermagem*

- Identificar o risco de broncoaspiração na placa a beira leito;
- Interromper a dieta 30 minutos antes de mobilizar o paciente e atentar para reiniciá-la assim que possível;
- Solicitar a avaliação do enfermeiro para a liberação do banho em caso de pacientes que requer maior atenção;
- Interromper a dieta 30 minutos antes da higiene corporal e íntima e manter cabeceira elevada 30°;
- Manter a cabeceira elevada de 30° permanente;
- Ofertar dieta oral com cabeceira elevada no mínimo de 60°, a menos que contra indicação médica;
- Verificar graduação da sonda nasoental e se qualquer suspeita de deslocamento, comunicar ao enfermeiro antes da administração da dieta e /ou medicamentos;

**ELABORADO POR:**

Ângela Alencar (Coordenadora de Enfermagem)  
Olga Novaes (Coordenadora de Enfermagem)  
Silvana Rodrigues (Coordenadora de Enfermagem)  
Soraia Accioly (Gerente de Qualidade)



- Observar sinais de tolerância a terapia nutricional: náuseas, vômitos, distensão abdominal, comunicando ao enfermeiro;
- Avaliar se o *bundle* de PAV está adequadamente aplicado, em pacientes intubados.

#### 10.5. Fisioterapeuta

- Identificar paciente com risco para broncoaspiração e acionar as ações de barreiras necessárias;
- Identificar o risco de broncoaspiração na placa a beira leito;
- Realizar aspiração de vias aéreas superiores;
- Atentar aos sinais de alerta: tosse, engasgos, sudorese, cianose, “voz molhada” - fazer alinhamento das condutas com a equipe multidisciplinar;
- Assegurar altura de decúbito elevada (30° - 45°) durante a realização de fisioterapia;
- Durante a fisioterapia respiratória pausar a dieta solicitando a enfermagem o reinício da dieta após término da fisioterapia;
- Manter o *cuff* (TOT ou cânula de traqueostomia) insuflado conforme o protocolo, realizar a vigilância da pressão de cuff nos atendimentos e sinalizar aos demais membros da equipe multiprofissional possíveis alterações na pressão;
- Realizar notificação em sistema, em caso de suspeita do evento de broncoaspiração;
- Realizar orientações com relação aos sinais de alerta bem como de medidas preventivas ao paciente e acompanhante.

#### 10.6. Nutricionista

- Identificar paciente com risco para broncoaspiração e acionar as ações de barreiras necessárias;
- Identificar o risco de broncoaspiração na placa a beira leito;
- Verificar aceitação e observar sinais de possível intolerância à dieta: vômito, distensão abdominal, nestes casos, comunicar imediatamente à enfermeira ou ao médico;
- Discutir com equipe multiprofissional condutas quanto via de alimentação;
- Questionar paciente e/ou acompanhante sobre dificuldades (tosse, engasgo, disfagia, odinofagia, desconforto respiratório) durante oferta da refeição;
- Realizar adaptações na consistência da dieta via oral, redução de volume ou suspensão da dieta, após avaliação do fonoaudiólogo;
- Avaliar forma de infusão da dieta, necessidade de redução do volume ou suspensão da dieta enteral, em casos de intolerância gástrica;
- Sinalizar na anamnese alimentar os pacientes com risco de broncoaspiração alterando a nomenclatura da dieta, na etiqueta de identificação de refeição;
- Orientar o atendente de nutrição a atentar-se para a consistência adaptada na etiqueta de identificação de refeição dos pacientes com risco de broncoaspiração;
- Orientar o atendente de nutrição a sinalizar à nutricionista e/ou enfermeira situações de risco-

#### ELABORADO POR:

Ângela Alencar (Coordenadora de Enfermagem)  
Olga Novaes (Coordenadora de Enfermagem)  
Silvana Rodrigues (Coordenadora de Enfermagem)  
Soraia Accioly (Gerente de Qualidade)



oferecimento de dieta com cabeceira baixa, tosse, engasgos, sonolência;

- Suspender/interromper a dieta em casa de suspeita de broncoaspiração, informar ao paciente/familiar, equipe de enfermagem e médico responsável;
- Realizar as orientações necessárias e medidas preventivas ao cuidador e/ou responsável;
- Realizar notificação em sistema, em caso de suspeita do evento de broncoaspiração.

#### 10.7. **Fonoaudiólogo**

- Identificar o risco de broncoaspiração e acionar as ações de barreiras necessárias na tela de gerenciamento de risco;
- Identificar o risco de broncoaspiração na placa a beira leito;
- Implementar medidas preventivas para broncoaspiração com atuação multidisciplinar;
- Avaliar cavidade oral do paciente (ausência de dentição, ausência de prótese dentária ou má adaptação, sialorreia ou xerostomia, retenção de alimentos, dentre outros);
- Avaliar, acompanhar e monitorar pacientes com risco para broncoaspiração;
- Discutir com equipe multiprofissional condutas quanto a via de alimentação, bem como, adequar consistência de dieta via oral ou indicar via alternativa de alimentação;
- Sugerir exames objetivos da deglutição;
- Realizar reabilitação fonoaudiológica;
- Realizar orientações de medidas preventivas ao paciente e acompanhante;
- Supervisionar oferta para seguimento das orientações;
- Realizar notificação em sistema, em caso de suspeita do evento de broncoaspiração.

#### 10.8. **SCIH**

- Notificar os casos de broncoaspiração que evoluem com ITR;
- Gerar indicadores de ITR associados a Broncoaspiração em dieta oral e enteral.

## 11. FLUXOGRAMA

Figura 1

#### ELABORADO POR:

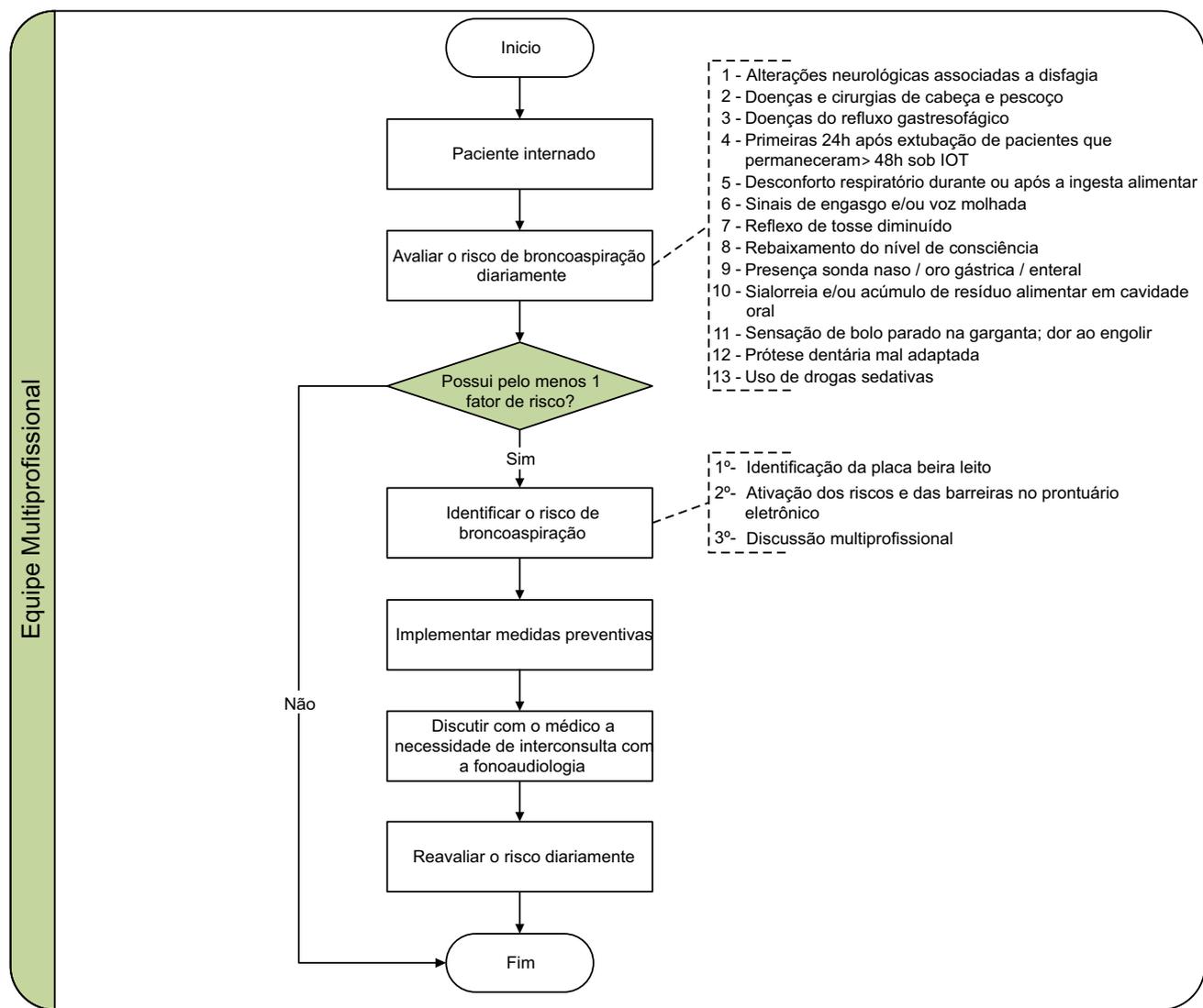
Ângela Alencar (Coordenadora de Enfermagem)  
Olga Novaes (Coordenadora de Enfermagem)  
Silvana Rodrigues (Coordenadora de Enfermagem)  
Soraia Accioly (Gerente de Qualidade)

Hospital SANTA IZABEL SantaCasaBA

# PROTOCOLO CLÍNICO

## MANEJO DA BRONCOASPIRAÇÃO

Figura 1. Fluxograma.



**ELABORADO POR:**

Ângela Alencar (Coordenadora de Enfermagem)  
Olga Novaes (Coordenadora de Enfermagem)  
Silvana Rodrigues (Coordenadora de Enfermagem)  
Soraia Accioly (Gerente de Qualidade)



## 12. REFERÊNCIA NORMATIVA

ANVISA, 2020, NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 10/2020 Práticas Seguras para a Prevenção de Aspiração Broncopulmonar em Serviços de Saúde.

Almeida AEM, et al. Prevalência de risco moderado e alto de aspiração em pacientes hospitalizados e custo efetividade da aplicação de protocolo preventivo. J Bras Econ Saúde 2016;8(3): 216-220.

Furkim AM, Nascimento Junior JR. Gestão e Gerenciamento em disfagia Orofaríngea In Marchesan IQ, Silva HJ, Tome MC. Tratado de especialidades em Fonoaudiologia. 1ªed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2014. p58.

<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-broncoaspiracao-10-12-20.pdf> Acesso em 01 de novembro de 2021.

## 13. ANEXOS

Não se aplica.

### ELABORADO POR:

Ângela Alencar (Coordenadora de Enfermagem)  
Olga Novaes (Coordenadora de Enfermagem)  
Silvana Rodrigues (Coordenadora de Enfermagem)  
Soraia Accioly (Gerente de Qualidade)