

	<h1>PREVENÇÃO DE BRONCOASPIRAÇÃO</h1>	<p>PRO.INSH.0007/16 Implantação: 10/2012 16ª Revisão: 09/2024 Classificação: INTERNO</p>
---	---------------------------------------	---

DESCRIÇÃO

A alteração da deglutição e dos mecanismos de proteção pulmonar permite que conteúdos alimentares e secreções entrem nas vias aéreas. A disfagia está presente principalmente nos pacientes com câncer, em especial localizados anatomicamente de cabeça e pescoço, distúrbios esofágicos, doenças pulmonares e doenças neurológicas. A presença de fatores de risco aumenta a chance de desenvolvimento de diversas afecções relacionadas à aspiração laringotraqueal.

OBJETIVO

- Definir normativa para o protocolo de Prevenção de broncoaspiração em pacientes atendidos no hospital;
- Identificar os pacientes com fatores de risco e ou sinais de broncoaspiração na admissão ou na reavaliação diária;
- Implementar medidas preventivas para broncoaspiração com atuação multidisciplinar.

DEFINIÇÕES

- Broncoaspiração:** A aspiração refere-se à entrada de material estranho (secreção orofaríngea, gástrica, sangue, líquidos, alimentos) para o interior das vias respiratórias, abaixo das pregas vocais.
- Disfagia:** Caracteriza-se pela dificuldade de deglutir alimentos, líquidos ou saliva no trajeto da boca ao estômago.
- Microaspiração:** Aspiração de pequena quantidade de alimento, secreção e/ou saliva.
- Espessante:** é a substância que aumenta a viscosidade do alimento e pode ser utilizado para todos os líquidos (quentes ou frios), como por exemplo: água, sucos, leite, chá, entre outros.
- Doença Neurológica:** Distrofia muscular, tumor de sistema nervoso central, polineuropatia, acidente vascular encefálico, traumatismos cranianos, doença de Parkinson, doença de Alzheimer, Guilian Barre, Miastenia gravis, Esclerose Lateral Amiotrófica.
- Alteração do nível de consciência:** Escala de RASS e Escala de Glasgow
- Intubação Orotraqueal:** Pacientes que permanecem em intubação orotraqueal (IOT) prolongada (acima de 48h) e foram extubados.
- Uso de dispositivos:** Traqueostomia, via alternativa de alimentação (sonda nasoenteral ou nasogástrica, sonda orogastrica ou oroenteral, gastrostomia, jejunostomia).
- Disfagia mecânica:** por doença de cabeça e pescoço, buco maxilo facial e traumas de face.
- Disfagia neurogênica:** dificuldade de deglutição causada por alguma etiologia de origem neurológica.

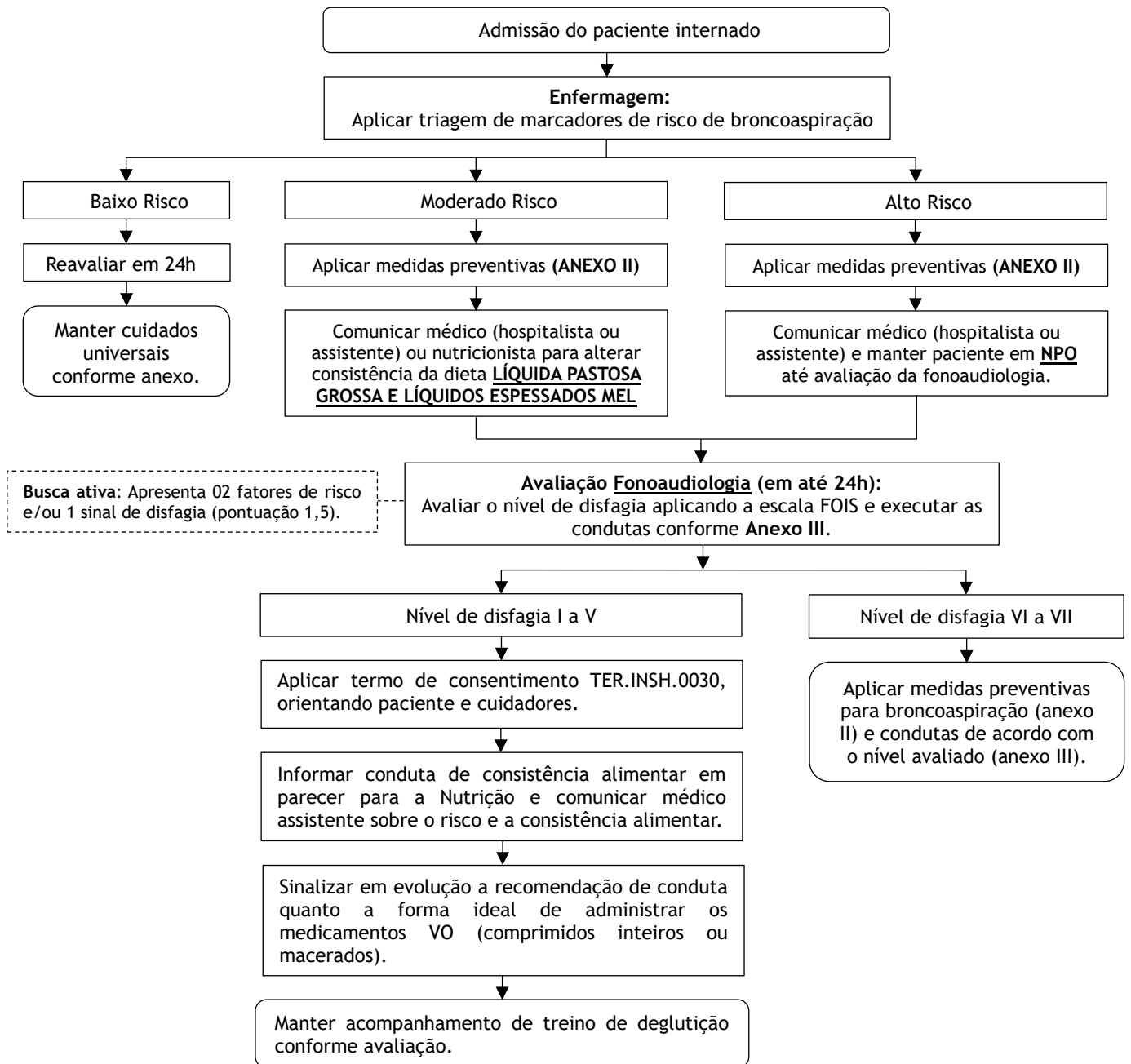
ELEGIBILIDADE

Todos os pacientes internados.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO PARA A APLICAÇÃO DO SCORE

- RN internados em unidades de terapia intensiva.
- Pacientes intubados, com ou sem balonete ou em VM contínua na traqueostomia.
- Pacientes obstétricas (sem fatores de risco para broncoaspiração).
- Admissão ambulatorial (PA, serviços de diagnóstico por imagem, SRPA, CC).

Elaborado: Fga. Caroline Kamphorst Fga. Micheli Bristot Fga. Alessandra dos Anjos	Revisado: Núcleo de Segurança do Paciente	Aprovado: Núcleo de Segurança do Paciente
--	--	--



Enfermagem:
Após o início do acompanhamento pela Fonoaudiologia, cessar aplicação da triagem de risco e seguir com o gerenciamento de risco e orientações da Fonoaudióloga quanto aos cuidados com o paciente.

Pronto atendimento: Ofertar líquidos, alimentos e/ou medicações VO apenas para pacientes alertas, conscientes e orientados. Em dúvida, solicitar avaliação do plantonista.

Recuperação pós anestésica CC e Métodos Diagnósticos: Ofertar líquidos, alimentos e/ou medicações VO apenas para pacientes eleitos pela escala do Protocolo de Manejo da Sede (PSMS) adulto ou pediátrico. Em dúvida, solicitar avaliação do anestesista.

Ambulatório de oncologia: Ofertar líquidos, alimentos e/ou medicações VO apenas para pacientes alertas, conscientes e orientados. Pacientes com histórico

Elaborado:
Fga. Caroline Kamphorst
Fga. Micheli Bristot
Fga. Alessandra dos Anjos

Revisado:
Núcleo de Segurança do Paciente

Aprovado:
Núcleo de Segurança do Paciente

PREVENÇÃO E MANEJO ANESTÉSICO DA BRONCOASPIRAÇÃO

Identificação dos Pacientes de Alto Risco

Tempo de Jejum Adequado (Conforme Diretrizes da SBA)
Líquidos claros: 2 horas de jejum.
Leite materno: 4 horas de jejum.
Leite não-humano e fórmulas infantis: 6 horas de jejum.
Refeições leves: 6 horas de jejum.
Refeições pesadas: 8 horas de jejum.

Profilaxia Farmacológica

Indicar profilaxia farmacológica em pacientes de alto risco:

Citrato de sódio 0,3 M (30 mL) oral, 15-30 minutos antes da indução anestésica, para neutralizar o ácido gástrico.

Ranitidina 50 mg IV ou **omeprazol 40 mg IV**, 1-2 horas antes da cirurgia, para reduzir a secreção ácida gástrica.

Metoclopramida 10 mg IV, 30 minutos antes da indução, para acelerar o esvaziamento gástrico em pacientes com gastroparesia.

Posicionamento Pré-Operatório

Sempre que possível, manter o paciente em **decúbito lateral esquerdo** ou com a cabeça elevada a 30-45 graus antes da indução, especialmente em pacientes obesos, gestantes e aqueles com refluxo gastroesofágico.

Intubação em Sequência Rápida (ISR)

Indicada para pacientes de alto risco de broncoaspiração:

Pré-oxigenação com O₂ 100% por 3-5 minutos antes da indução.

Indução rápida com agente indutor (ex.: propofol, etomidato ou ketamina) seguido de bloqueador neuromuscular de ação rápida (succinilcolina ou rocurônio).

Pressão cricoide (manobra de Sellick) para evitar regurgitação até a intubação confirmada.

Evitar ventilação com máscara antes da intubação, a menos que seja absolutamente necessário, para evitar insuflação gástrica.

Controle da Via Aérea

Utilização de tubos endotraqueais com balonete para garantir a proteção

Medidas Pré-Operatórias

Jejum inadequado ou estômago cheio (ex.: cirurgias de emergência).
Doenças gastrointestinais: Refluxo gastroesofágico, gastroparesia, hérnia de hiato volumosa.
Obesidade mórbida.
Gestação (especialmente no terceiro trimestre).
Pacientes com distúrbios neurológicos que afetam a deglutição (ex.: AVC, esclerose lateral amiotrófica, Parkinson).
Idosos: Com diminuição da motilidade gástrica.
Uso de opioides ou medicamentos que retardam o esvaziamento gástrico.
Diabetes mellitus com gastroparesia.

Elaborado:
Fga. Caroline Kamphorst
Fga. Micheli Bristot
Fga. Alessandra dos Anjos

Revisado:
Núcleo de Segurança do Paciente

Aprovado:
Núcleo de Segurança do Paciente

	<p style="text-align: center;">PREVENÇÃO DE BRONCOASPIRAÇÃO</p>	<p style="text-align: right;">PRO.INSH.0007/16 Implantação: 10/2012 16ª Revisão: 09/2024 Classificação: INTERNO</p>
---	--	---

ANEXO I - Triagem de marcadores de Risco de Broncoaspiração

FATORES DE RISCO		
Doenças Neurológicas (déficit motor de tronco, paralisia facial, hemiplegia, tetraplegia, disartria, afasia, paralisia cerebral, doença neuromuscular, demências, ELA, Miastenia Gravis, Guillain Barre) (0,5 pontos)	() Sim	() Não
Doenças e Cirurgias de Cabeça e Pescoço (0,5 pontos)	() Sim	() Não
Doenças Respiratórias (DPOC agudizado, pneumonia, insuficiência respiratória com taquidispneia, suporte ventilatório não invasivo, histórico de broncodisplasia). (0,5 pontos)	() Sim	() Não
Doenças Esofágicas (0,5 pontos)	() Sim	() Não
Idosos ≥ 65 anos (0,5 pontos)	() Sim	() Não
Uso de drogas sedativas <u>neste momento</u> (midazolam, fentanil, bloqueadores neuromusculares, precedex, sedação paliativa (midazolam+morfina) (0,5 pontos)	() Sim	() Não
História Prévia de Disfagia Orofaringea (0,5 pontos)	() Sim	() Não
Gastroparesia (0,5 pontos)	() Sim	() Não
Uso de Anestésico Tópico na Cavidade Oral (0,5 pontos)	() Sim	() Não
Reflexo de Tosse Diminuído ou Ausente (0,5 pontos)	() Sim	() Não
Prótese Dentária Mal Adaptada (0,5 pontos)	() Sim	() Não
Permaneceu intubado por tempo ≥ 48 horas? (0,5 pontos)	() Sim	() Não
Dispositivos: Via alternativa de alimentação e/ou TQT (0,5 pontos)	() Sim	() Não
Escala de Glasgow ≤12 (nível de consciência) OU RASS <0 (0,5 pontos)	() Sim	() Não
SINAIS DE DISFAGIA		
Tosse antes, durante e depois da deglutição na alimentação por via oral relatada ou assistida (1,5 pontos)	() Sim	() Não
Cianose Labial durante ou após a ingesta alimentar (1,5 pontos)	() Sim	() Não
Engasgos ao se alimentar (1,5 pontos)	() Sim	() Não
Alteração Vocal após a ingesta alimentar (1,5 pontos)	() Sim	() Não
Desconforto Respiratório durante ou após a ingesta alimentar (1,5 pontos)	() Sim	() Não
Paciente traqueostomizado: saída de saliva ou alimento pela traqueostomia (1,5 pontos)	() Sim	() Não
Sonolência durante ou após a administração de alimentos por via oral (1,5 pontos)	() Sim	() Não
Sinais de broncoaspiração após êmese (1,5 pontos)	() Sim	() Não
Interpretação: 0 - 1,0 - Baixo risco: Avaliar em 24h 1,5 - Moderado risco: Aplicar medidas preventivas, comunicar médico (hospitalista ou assistente) ou nutricionista para alterar consistência da dieta líquida pastosa grossa e líquidos espessados mel. Solicitar avaliação da Fonoaudiologia via parecer. 2,0 - Alto risco: Aplicar medidas preventivas, comunicar médico (hospitalista ou assistente) nutricionista e manter paciente em NPO até avaliação da fonoaudiologia. Solicitar avaliação da Fonoaudiologia via parecer.		

Elaborado: Fga. Caroline Kamphorst Fga. Micheli Bristot Fga. Alessandra dos Anjos	Revisado: Núcleo de Segurança do Paciente	Aprovado: Núcleo de Segurança do Paciente
---	---	---

	<p align="center">PREVENÇÃO DE BRONCOASPIRAÇÃO</p>	<p align="right"> PRO.INSH.0007/16 Implantação: 10/2012 16ª Revisão: 09/2024 Classificação: INTERNO </p>
---	---	---

ANEXO II - Condutas multiprofissionais para prevenção de broncoaspiração

<p>MÉDICO</p> <p>Pacientes <u>sem</u> alteração neurológica ou psicomotora, <u>com</u> sinais clínicos de disfagia substituir a prescrição para <u>DIETA LÍQUIDA PASTOSA GROSSA E LÍQUIDOS ESPESSADOS MEL</u> até a avaliação da equipe de fonoaudiologia.</p> <p>Suspender a dieta por via oral se pacientes com rebaixamento do nível de consciência e/ou agitação psicomotora até a avaliação da equipe de fonoaudiologia;</p>
<p>ENFERMAGEM</p> <p>Aplicar triagem de marcadores de risco;</p> <p>Baixo risco: Aplicar cuidados universais e reavaliar a cada 24h.</p> <p>Moderado risco: Aplicar medidas preventivas, comunicar médico (hospitalista ou assistente) ou nutricionista para alterar a prescrição da consistência da dieta líquida pastosa grossa e líquidos espessados mel.</p> <p>Alto risco: Aplicar medidas preventivas, comunicar médico (hospitalista ou assistente) ou nutricionista e manter paciente em NPO até avaliação da fonoaudiologia.</p> <p>Sinalizar fonoaudiologia via parecer (moderado ou alto risco) para avaliação;</p> <p>Realizar higiene oral com Clorexidina 0,12% de 12h/12h - utilizar escova de sucção;</p> <p>Manter cabeceira elevada de 30 a 45° (Permanente) e durante o transporte;</p> <p>Realizar cuidados com a infusão da dieta de acordo com os protocolos da EMTN;</p> <p>Manter cabeceira elevada a 60 a 90° e posicionamento adequado durante a oferta da dieta via oral e 30 minutos após finalizar a alimentação;</p> <p>Em pacientes com via aérea artificial, garantir checagem do <u>cuff adultos:</u> entre 25 e 30 cmH₂O e <u>crianças:</u> 20cmH₂O - 6/6 horas e sempre antes e após procedimentos que necessitem baixar cabeceira ou antes de administração de dieta via oral, exceto pacientes em processo de desmame seguir orientação do fonoaudiólogo;</p> <p>Interromper infusão da dieta enteral 30 minutos antes de procedimentos que estimulem reflexo de tosse ou que tenham necessidade de baixar a cabeceira (ex: banho de leito);</p> <p>Avaliar a necessidade de aspiração orotraqueal;</p> <p>Manter medidas preventivas durante toda a internação;</p> <p>Orientar paciente e família quanto ao risco e medidas de prevenção;</p> <p>Em casos de alta domiciliar com via alternativa de alimentação e/ou risco de broncoaspiração, realizar a orientação de cuidados domiciliares para prevenção de broncoaspiração;</p> <p>Registrar condutas em prontuário.</p>
<p>FISIOTERAPIA</p> <p>Em pacientes com via aérea artificial, garantir checagem do <u>cuff</u> entre 25 e 30 cmH₂O de 6/6 horas e sempre antes e após procedimentos que necessitem baixar cabeceira;</p> <p>Em paciente com DRGE, interromper infusão da dieta enteral 2 horas antes de procedimentos que estimulem reflexo de tosse ou que tenham necessidade de baixar a cabeceira;</p> <p>Avaliar a necessidade de aspiração orotraqueal.</p> <p>Pausar a dieta enteral durante procedimento de aspiração;</p>

<p>Elaborado: Fga. Caroline Kamphorst Fga. Micheli Bristot Fga. Alessandra dos Anjos</p>	<p>Revisado: Núcleo de Segurança do Paciente</p>	<p>Aprovado: Núcleo de Segurança do Paciente</p>
---	---	---

	<p align="center">PREVENÇÃO DE BRONCOASPIRAÇÃO</p>	<p align="right"> PRO.INSH.0007/16 Implantação: 10/2012 16ª Revisão: 09/2024 Classificação: INTERNO </p>
---	---	---

<p>FONOAUDIÓLOGA</p>
<p>Avaliar grau de disfagia aplicando escala FOIS;</p> <p>Sinalizar risco de Broncoaspiração através de plaquinha no quarto do paciente; atualizar informações de risco no Quadro de Cuidados;</p> <p>Aplicar termo de consentimento de risco de Broncoaspiração e orientações aos pacientes com risco confirmado;</p> <p>Prescrever condutas e consistência da dieta conforme grau de disfagia;</p> <p>Informar médico assistente quanto ao risco e consistência segura da dieta;</p> <p>Comunicar e orientar a equipe a consistência da dieta e cuidados;</p> <p>Comunicar consistência segura de dieta e/ou NPO para Nutrição via parecer;</p> <p>Registrar em evolução a recomendação quanto à ingesta de medicamentos, conforme grau de disfagia;</p> <p>Manter cabeceira elevada a 60° a 90° durante a oferta da dieta via oral;</p> <p>Em casos de alta domiciliar com via alternativa de alimentação e/ou risco de broncoaspiração, realizar a orientação de cuidados domiciliares para prevenção de broncoaspiração;</p> <p>Reavaliação conforme nível de disfagia.</p>
<p>NUTRIÇÃO</p>
<p>Pacientes <u>sem</u> alteração neurológica ou psicomotora, <u>com</u> sinais clínicos de disfagia substituir a prescrição para <u>DIETA LÍQUIDA PASTOSA GROSSA E LÍQUIDOS ESPESSADOS MEL</u> até a avaliação da equipe de fonoaudiologia.</p> <p>Atuar enquanto equipe multiprofissional na avaliação da necessidade de via alternativa de alimentação;</p> <p>Realizar a prescrição da dieta conforme avaliação da fonoaudióloga (recebido por meio de parecer), realizando a dispensação correta da mesma;</p> <p>Para consistências de dieta modificadas (nível IV e V Escala FOIS), nutricionista e copeira realizam dupla checagem previamente à dispensação da dieta. Em finais de semana e feriado a dupla checagem ocorrerá entre duas copeiras. O qual será sinalizado via MV painel - “Prescrição de dietas/suplementação”, para conhecimento da nutricionista e copeira.</p> <p>Em casos de alta domiciliar com via alternativa de alimentação ou dieta modificada para paciente de risco nutricional, realizar a orientação dos cuidados domiciliares.</p>
<p>FARMÁCIA</p>
<p>Para todos os pacientes com risco de broncoaspiração, analisar interações medicamentosas e reações adversas que tenham como consequência alterações na motilidade gastrointestinal, reflexo de tosse, deglutição, sonolência e delirium.</p> <p>Verificar a possibilidade de maceração e/ou diluição de comprimidos, ao modo de não alterar a proposta terapêutica da medicação.</p> <p>Para os pacientes disfágicos, considerar o direcionamento da administração segura do medicamento, considerando o grau de disfagia que impeça o paciente de receber o medicamento via oral.</p> <p>Avaliar junto ao médico assistente a possibilidade de ajuste para a forma farmacêutica adequada e/ou a modificação da classe terapêutica.</p> <p>Em casos de alta domiciliar com via alternativa de alimentação e/ou risco de broncoaspiração, orientar os acompanhantes para a manipulação e administração correta dos medicamentos.</p>

<p>Elaborado: Fga. Caroline Kamphorst Fga. Micheli Bristot Fga. Alessandra dos Anjos</p>	<p>Revisado: Núcleo de Segurança do Paciente</p>	<p>Aprovado: Núcleo de Segurança do Paciente</p>
--	--	--

ODONTOLOGIA

Realizar busca ativa a partir de painel dos pacientes com moderado e alto risco de Broncoaspiração, de modo a vigiar a qualidade da higiene oral dos mesmos.

ANEXO III - *Functional Oral Intake Scale (FOIS)* - Escala Funcional de Ingestão por via oral *adaptada* pelo Serviço de Fonoaudiologia do Hospital Unimed Chapecó.

NÍVEIS		FUNCIONALIDADE DA ALIMENTAÇÃO	CONDUTA
Nível I	Disfagia Severa	Dependência de via alternativa. Nada por via oral	Não administrar nada por via oral e comunicar médico assistente e farmácia;
Nível II	Disfagia Moderadamente Severa	Dependência de via alternativa, com mínima oferta de via oral, para estímulos gustativos, ou ofertas ocasionais de pequeno volume por via oral;	Não administrar nada por via oral. Apenas treino de via oral com fonoaudióloga;
Nível III	Disfagia Moderada	Dependência de via alternativa, com oferta de uma única consistência por via oral, propiciando prazer alimentar;	Necessita de manobras e comandos de deglutição orientadas pela Fonoaudióloga; oferta assistida pela Enfermagem e/ou Cuidador.
Nível IV	Disfagia Leve a Moderada	Via oral, mas limitada a uma única consistência;	Necessita de manobras e comandos de deglutição orientadas pela Fonoaudióloga; oferta assistida pela Enfermagem e/ou Cuidador. Podendo ou não utilizar via alternativa de alimentação (conforme EMTN).
Nível V	Disfagia Leve	Via oral, com mais de uma consistência, necessitando preparo especial;	Enfermagem deve acompanhar com cuidador e paciente como está se alimentando, se boa aceitação e se ocorrem engasgos, tosse. Podendo ou não utilizar via alternativa de alimentação (conforme EMTN).
Nível VI	Dentro dos limites da funcionalidade/in dependência modificada	Via oral total, com mais de uma consistência e limitações específicas de consistência de alimento ou com alguma restrição, sem necessidade de preparo especial.	Enfermagem deve acompanhar com cuidador e paciente como está se alimentando, se boa aceitação e se ocorrem engasgos, tosse. Podendo ou não utilizar via alternativa de alimentação (conforme EMTN).
Nível VII	Normal	Alimentação por via oral total, sem quaisquer restrições.	Enfermagem deve acompanhar com cuidador e paciente como está se alimentando, se boa aceitação e se ocorrem engasgos, tosse.

ANEXO IV - Gerenciamento

Marcadores De Adesão Ao Protocolo

- Taxa de Adesão a manutenção da cabeceira entre 30° e 45° e para a dieta por via oral $\geq 60^\circ$;
- Taxa de Adesão à Higiene Oral 3x/dia;
- Taxa de Adesão para a verificação diária da indicação de permanência da via alternativa de alimentação;
- Taxa de pacientes avaliados pela fonoaudiologia em 24h.

Efetividade Da Prevenção

- Taxa de efetividade do protocolo:

$$\frac{\text{Número de pacientes com risco / sem evento}}{\text{Número de pacientes com risco}} \times 100$$

- Taxa de Prevalência:

$$\frac{\text{Número de pacientes com risco}}{\text{Número total de pacientes}} \times 100$$

- Densidade de Incidência:

$$\frac{\text{Número de pacientes com broncoaspiração}}{\text{Número de pacientes internados com risco dia}} \times 1000$$

	<p align="center">PREVENÇÃO DE BRONCOASPIRAÇÃO</p>	<p align="right">PRO.INSH.0007/16 Implantação: 10/2012 16ª Revisão: 09/2024 Classificação: INTERNO</p>
---	---	---

REFERÊNCIAS

ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 10/2020 Práticas seguras para a prevenção de aspiração broncopulmonar em serviços de saúde.

CARMO, Layanne Ferreira dos Santos et al. Gerenciamento do risco de broncoaspiração em pacientes com disfagia orofaríngea. Revista CEFAC, v. 20, p. 532-540, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/FvKbT6TthsvMbLNmbnGLJf/?lang=pt>

PREVENÇÃO DE BRONCOASPIRAÇÃO NA LINHA ADULTO. PROTOCOLO INTITUCIONAL HU UFGD. 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

Programa Brasileiro de Segurança do Paciente. Fatores de risco para broncoaspiração.

<p>Elaborado: Fga. Caroline Kamphorst Fga. Micheli Bristot Fga. Alessandra dos Anjos</p>	<p>Revisado: Núcleo de Segurança do Paciente</p>	<p>Aprovado: Núcleo de Segurança do Paciente</p>
--	--	--