

DIRETRIZ CLÍNICA QPS 006/2018 VERSÃO 2

Assunto: Protocolo de prevenção de microbroncoaspiração

DATA DA ELABORAÇÃO	DATA DA VALIDAÇÃO	RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO	RESPONSÁVEL PELA VALIDAÇÃO
20 de maio de 2018	7 de junho de 2018	Virginia M. C. Paraizo Luisa C. Spezzano Cintia M. Toledo	Erica Batista, Dario Ferreira e Priscila Rosseto

OBJETIVO

Definir normativa para o protocolo de Prevenção de Microbroncoaspiração em pacientes adultos nos Hospitais do Américas Serviços Médicos, tendo como principais objetivos:

- 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;
- Identificar os fatores de risco para disfagia orofaríngea.

AREAS ENVOLVIDAS

Equipes multidisciplinares dos Hospitais Américas Serviços Médicos.

PROTOCOLO CLÍNICO

1. DESCRIÇÃO/DEFINIÇÕES

1.1 Descrição

A aspiração é bastante frequente em indivíduos idosos, institucionalizados, acometidos por doenças neurológicas, entre outros. A presença de fatores de risco aumenta o risco de desenvolvimento de diversas afecções relacionadas à aspiração.

Estudos apontam redução na incidência de pneumonia quando os pacientes são acompanhados por uma equipe especializada.

1.2 Definições

- **Broncoaspiração:** A aspiração refere-se à inalação de material estranho (secreção orofaríngea, gástrica, sangue, líquidos, alimentos) para o interior das vias respiratórias, abaixo das pregas vocais.
- **Disfagia:** dificuldade de deglutição de alimentos ou de líquidos.
- **Microaspiração:** Aspiração de pequena quantidade de alimento e/ou 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.

1.3 Elegibilidade

- Pacientes adultos (acima de 14 anos) internados em unidades de internação ou terapia intensiva.

1.4 Fatores de risco para broncoaspiração

- **Doença Neurológica:** Distrofia muscular, tumor de sistema nervoso central, polineuropatia, acidente vascular encefálico, traumatismos cranianos, doença de Parkinson.
- **Alteração do nível de consciência:** escala de RASS (Escala de Agitação e Sedação de Richmond) com pontuação diferente de zero.
- **Intubação Orotraqueal:** Permaneceu em IOT (intubação orotraqueal) mais de 48 horas e foi extubado.
- **Uso de dispositivos:** traqueostomia, sonda nasoenteral e gastrostomia.
- **Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica descompensada:** em uso de antibioticoterapia, corticoterapia sistêmica e inalatória, broncodilatador e imunomodulados.
- **Disfagia mecânica:** por doença de cabeça e pescoço, buco maxilo facial e traumas de face.

1.5 Medidas preventivas de broncoaspiração

- Manter decúbito elevado a 30° permanentemente (não reduzir durante o banho no leito);
- Posicionar o paciente no mínimo a 60° durante a oferta de alimentos por via oral (VO);
- Realizar Higiene Oral no mínimo 3x/dia de acordo com protocolo institucional;

- Introduzir dieta cremosa homogênea com líquidos espessados na consistência mel (de acordo com orientação do fabricante);
- Orientar paciente e familiar/acompanhante quanto ao modo de oferta da alimentação por VO;
- Ofertar o alimento somente se o paciente estiver alerta;
- Observar sinais de aspiração laringotraqueal;
- Manter pressão do cuff de 20-30 cm de água em pacientes traqueostomizados.

1.6 Sinais de aspiração laringotraqueal

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

1.7 Definição dos papéis e responsabilidades da equipe multidisciplinar

1.7.1 Enfermeiro

- Realizar o registro do risco de broncoaspiração por meio da presença de fatores de risco e/ou sinal clínico de broncoaspiração na admissão ou reavaliação diária;
- Iniciar medidas preventivas para a broncoaspiração nos pacientes inseridos no risco;
- Realizar a abertura do Protocolo de Prevenção de Broncoaspiração, contendo minimamente os seguintes itens: a solicitação e acionamento da avaliação Fonoaudiológica (conforme rotina do hospital) e a modificação para dieta cremosa homogênea e líquidos espessados na consistência mel, jejum ou dieta enteral (conforme o quadro clínico do paciente). Compartilhar as ações com o médico;
- Realizar reavaliação do paciente a cada 24 horas.

1.7.2 Fonoaudiologia

- Realizar avaliação fonoaudiológica nos pacientes sinalizados e prescritos pelo Enfermeiro da unidade em até 48 horas;

- Adequar a consistência da dieta ou indicar dieta por via enteral, na presença de deglutição prejudicada, e manter seguimento e reabilitação;
- Comunicar equipe multidisciplinar (médico assistente, enfermeiro e nutricionista) a necessidade de adaptação de consistência da dieta;
- Orientar e monitorar o uso do espessante pelo paciente/familiar/acompanhante;
- Orientar/capacitar os acompanhantes sobre via oral segura e/ou proposta de reabilitação;
- Registrar alta na evolução multidisciplinar e comunicar ao Enfermeiro da unidade, na ausência de deglutição prejudicada.

1.7.3 Médico

- Prescrever a consistência da dieta sugerida pelo fonoaudiólogo;
- Discutir o prognóstico com a equipe multiprofissional;
- Avaliar a necessidade de prescrever medicações de acordo com a avaliação;
- Acompanhar, discutir e intervir na evolução dos casos, se necessário.

1.7.4 Nutrição

- Adaptar e solicitar a dieta cremosa homogênea com líquidos espessados, na consistência mel até a avaliação do fonoaudiólogo;
- Atualizar o mapa de distribuição da dieta após a avaliação do fonoaudiólogo.

1.7.5 Fisioterapia

- Orientar/capacitar os acompanhantes para a manutenção do posicionamento;
- Acompanhar os pacientes com indicação, intensificando o atendimento conforme a necessidade do paciente;
- Realizar mensuração do cuff diariamente nos pacientes com cânula oro traqueal ou traqueostomia - mantendo pressão do cuff em 20-30cm de água nas unidades adulto de acordo com discussão com equipe médica (UTI – Unidade de Terapia Intensiva- realizar 3 x dia).

1.7.6 Farmácia Clínica

- Direcionar a administração segura do medicamento para o paciente disfágico, considerando o grau de disfagia que impeça o paciente receber a medicação oral;

- Ajustar a administração oral para a forma farmacêutica adequada e/ou considerar a modificação da classe terapêutica, avaliar a biodisponibilidade do fármaco, verificar a interação fármaco–fármaco e fármaco-nutriente e adequar o esquema posológico caso necessário;
- Orientar/capacitar os acompanhantes para a manipulação e administração correta dos medicamentos.

1.8 Gerenciamento do evento adverso de broncoaspiração

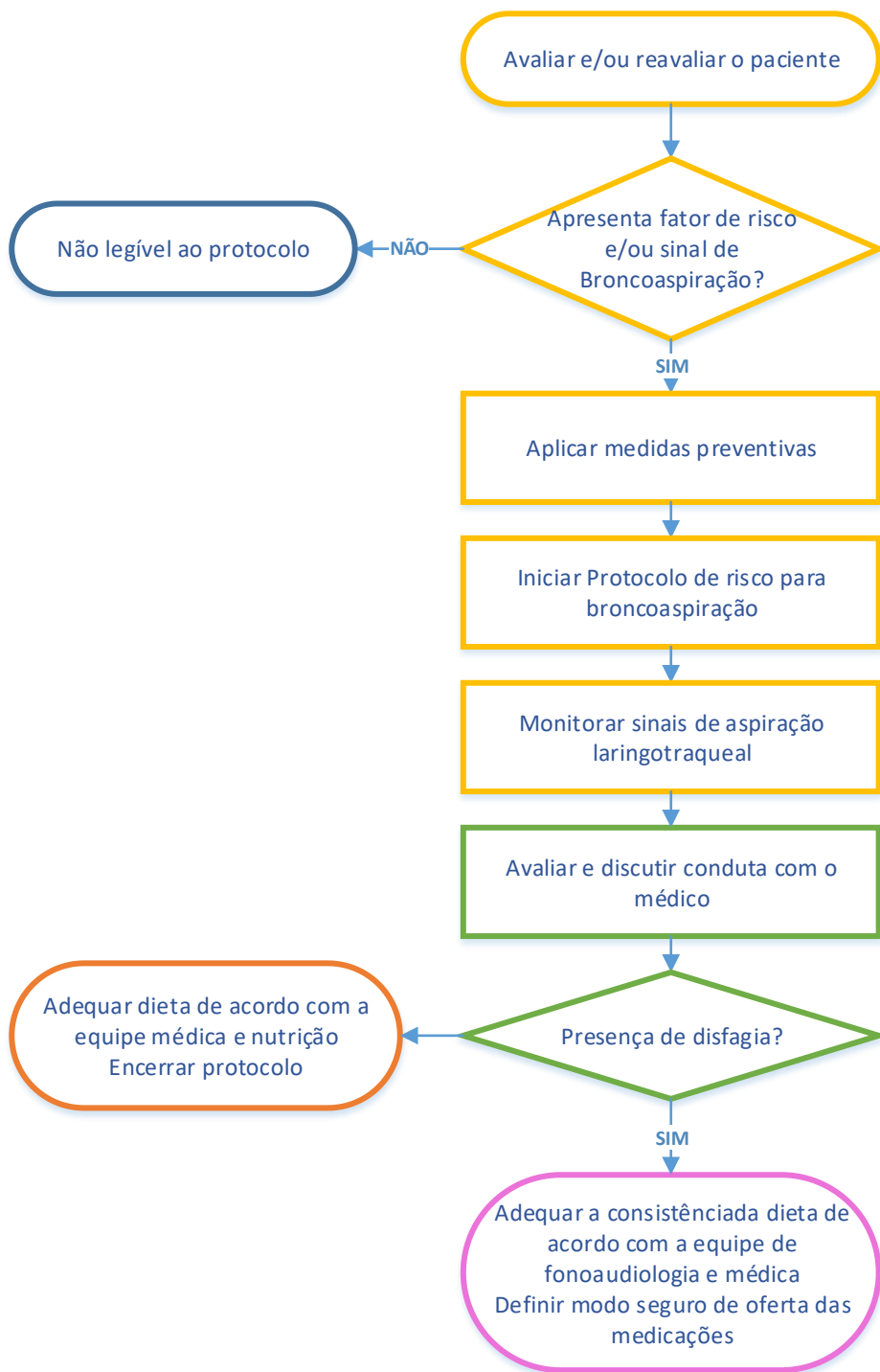
- Notificar o evento via Sistema Eletrônico de Notificação de Risco;
- Realizar Análise crítica do evento;
- Elaborar de planos de ação para melhoria;
- Divulgar os resultados para equipe multidisciplinar.

1.9 Siglas

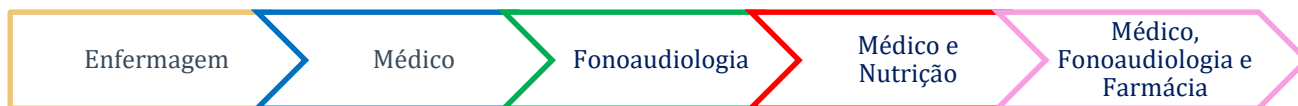
- ATB – Antibiótico.
- AVC – Acidente Vascular Cerebral.
- DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.
- GTT – Gastrostomia.
- IOT – Intubação orotraqueal.
- RASS – Escala de Agitação e Sedação de Richmond.
- SNE – Sonda Nasoenteral.
- TCE – Traumatismo Cranioencefálico.
- TU SNC – Tumor de Sistema Nervoso Central.
- UTI – Unidade de Terapia Intensiva.
- VO – Via Oral.

FLUXOGRAMA

Fluxograma de prevenção de microaspiração por disfagia alta-adulto:



Legenda:



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Leomil TF, Costa MVO. Pneumonia aspirativa associada a quadros neurológicos. In: Barros APB, Dedivits RA, Sant´ana RB. Deglutição, voz e fala nas alterações neurológicas. Rio de Janeiro. Dilivros; 2013. 194-200.
2. Marik PE. Aspiration pneumonitis and aspiration pneumonia. N Engl J Med, 2001; 344(9):665-71.
3. Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, Shaffer ML, Jones RN, Prigerson HG, Volicer L, Givens JL, Hamel MB. The clinical course of advanced dementia. N Engl J Med, 2009;361 (16):1529-38.
4. Smithard DG, O'Neill PA, England RE, Park CL, Wyatt R, Martin DF, et al. The natural history of dysphagia following a stroke. Dysphagia. 1997;12(4):188-93.
5. Shigemitsu H, Afshar K. Aspiration pneumonias: under-diagnosed and under-treated. Curr Opin Pulm Med. 2007; 13(3): 192-8.

<i>Versão</i>	<i>Dt/Hr. Finalização</i>	<i>Motivo da criação dessa versão</i>	<i>Histórico</i>
2	02/07/2018/17:45	Retirado o item 1.5 - Ofertar dieta por VO 30 a 40min do término da realização de ventilação não invasiva;	Alteração do procedimento