

 Rio PREFEITURA	RIOSAUDE	PROTOCOLO DE SEGURANÇA	Nº DOCUMENTO	DATA
			PTS.DEA.006	04/2023
			REVISÃO	PÁGINAS
			04/2025	1/11
PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE BRONCOASPIRAÇÃO				

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO
2. OBJETIVO
3. ABRANGÊNCIA
4. REFERÊNCIAS
5. DEFINIÇÕES E SIGLAS
6. EXIGÊNCIAS
7. RESPONSABILIDADES
8. DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO
 - 8.1. Avaliação para Risco de Broncoaspiração
 - 8.2. Prevenção
 - 8.3. Diagnóstico
 - 8.4. Acompanhamento
 - 8.5. Tratamento
 - 8.6. Cuidados com a sonda enteral e administração da dieta
 - 8.7. Medidas de Higiene Oral
 - 8.8. Intervenções imediatas diante do vômito com risco de broncoaspiração
9. FORMULÁRIOS E/OU DOCUMENTOS RELACIONADOS
10. MODIFICAÇÕES EM RELAÇÃO À REVISÃO ANTERIOR
11. ANEXOS

RESUMO DE REVISÕES

MÊS/ANO	DESCRIÇÃO	PRÓX. REVISÃO
04/2023	Emissão inicial	04/2025
00	Primeira revisão	

APROVAÇÕES

ELABORAÇÃO	CHEFIA/DIVISÃO	QUALIDADE	PRESIDÊNCIA/DIREÇÃO
Virgínia Ponte Taiza Moreno	Alessandrea Lopes Andrea Garcia	Zorahyde Pires Cristiane Pacheco	Dr. Daniel da Mata

PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE BRONCOASPIRAÇÃO**1. INTRODUÇÃO**

A broncoaspiração representa uma das principais causas de morte por infecções associadas à assistência à saúde, sendo essa situação muito preocupante quando se considera o envelhecimento da população, o tempo de internação e suas comorbidades.

As manifestações clínicas da pneumonia aspirativa variam desde a ausência de sintomas até a insuficiência respiratória aguda, com consequências clínicas que podem evoluir de forma aguda, subaguda ou lentamente progressiva.

A aspiração de secreção para o parênquima pulmonar resulta em pneumonia bacteriana e geralmente apresenta evolução aguda, com sintomas após horas ou alguns dias depois do evento sentinela.

Em um estudo com pacientes com pneumonia e idade maior que 80 anos, os pacientes que receberam o diagnóstico de pneumonia aspirativa apresentaram maior mortalidade, hipernatremia e lesão renal aguda em comparação com os demais. (PEBMED, 2019)

A pneumonia aspirativa está associada a maior mortalidade do que outras formas de pneumonia adquirida na comunidade (29,4% contra 11,6%), um achado que implica maior vigilância em relação à identificação de fatores de risco e precocidade no diagnóstico. Sendo necessário a implementação de um protocolo que atue de maneira preventiva nos pacientes com risco de broncoaspiração.

2. OBJETIVOS

- Reduzir a ocorrência de broncoaspiração em pacientes internados;
- Definir medidas preventivas para broncoaspiração.

3. ABRANGÊNCIA

Unidades geridas pela RioSaúde.

PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE BRONCOASPIRAÇÃO

4. REFERÊNCIAS

- **PEBMED** - Pneumonia aspirativa: o que há de novo na abordagem da doença? Parte 2 – 2019. Disponível em: <<https://pebmed.com.br/pneumonia-aspirativa-o-que-ha-de-novo-na-abordagem-da-doenca-parte-2/>>. Acesso em: 04 abril 2023.
- **EBSERH** - PREVENÇÃO DE BRONCOASPIRAÇÃO NA LINHA ADULTO – Disponível em: <file:///C:/Users/12836731770/Downloads/ANEXO%20-%20PORTARIA%2068-%20GAS%20-%202021%20%20POP.NSP.007._POP_Broncoaspiracao._COM_MARGEM_E_FLUXOGRAMA.pdf>. Acesso em: 04 abril 2023.
- **UpToDate** - Klompas M. Aspiration pneumonia in adults. [Internet]. Waltham, MA: UpToDate Inc. Acesso em: 17 mai. 2023.
- **Pneumonia Aspirativa** - Autoria principal: Gustavo Guimarães Moreira Balbi (Clínica Médica e Reumatologia). Revisão: Bruna C. Provenzano (Clínica Médica, Terapia Intensiva e Pneumologia). WhiteBook [Internet]. Acesso em: 17 mai. 2023.

5. DEFINIÇÕES E SIGLAS

5.1. Definições

Broncoaspiração - É definida como 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, geralmente associado a crescimento bacteriano. As substâncias mais comuns são os resíduos gástricos e as secreções colonizadas contidas na cavidade orofaríngea, favorecendo a ocorrência de pneumonia.

5.2. Siglas

EV – Endovenoso

IOT – Intubação Orotraqueal

MRSA – *Staphylococcus aureus* resistente à metilina

PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE BRONCOASPIRAÇÃO

PNM – Pneumonia

RX - Radiografia

6. EXIGÊNCIAS

Não se aplica.

7. RESPONSABILIDADES

ATIVIDADE	RESPONSABILIDADE
7.1. Avaliação de risco para broncoaspiração na admissão.	MÉDICO E ENFERMEIRO
7.2. Prescrição de antieméticos.	MÉDICO
7.3. Solicitação e avaliação de exames diagnósticos.	MÉDICO
7.4. Prescrever tratamento adequado.	MÉDICO
7.5. Registro do incidente em prontuário.	MÉDICO E ENFERMEIRO
7.6. Avaliação de risco para broncoaspiração diariamente.	MÉDICO E ENFERMEIRO
7.7. Prescrição e implementação de medidas preventivas.	MÉDICO E ENFERMEIRO
7.8. Sinalização do risco (placa beira-leito, passagem de plantão e orientação à equipe técnica).	ENFERMEIRO
7.9. Manter cabeceira elevada > 45°.	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
7.10. Realizar higiene oral pelo menos	TÉCNICO DE ENFERMAGEM

PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE BRONCOASPIRAÇÃO

três vezes ao dia.	
7.11. Sinalizar eventos de broncoaspiração ao médico.	ENFERMEIRO E TÉCNICO DE ENFERMAGEM
7.12. Elevar a cabeceira do paciente, no mínimo a 45° ao administrar dieta, líquidos e medicamentos, de preferência com a cabeça levemente flexionada para frente.	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
7.13. Pacientes com dieta enteral, deve-se interromper a infusão da dieta durante o transporte intra-hospitalar e durante a realização de procedimentos que necessitem abaixar a cabeceira. Conforme POP.DEA. 029 - Cuidados ao Paciente com Nutrição Enteral.	TÉCNICO DE ENFERMAGEM

8. DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

8.1. Avaliação para Risco de Broncoaspiração

Os pacientes internados precisam ser avaliados na admissão e diariamente 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 24h pós extubação de pacientes que permaneceram > 48h sob IOT;

PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE BRONCOASPIRAÇÃO

- Desconforto respiratório durante ou após a ingesta alimentar;
- Sinais de engasgo e/ou voz molhada;
- Reflexo de tosse diminuído;
- Rebaixamento do nível de consciência;
- Presença de sonda naso/oro gástrica/enteral;
- Sialorréia e/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.

Caso apresente **UM** ou **MAIS** fatores de risco, o mesmo deverá ser classificado como paciente com **ALTO RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO**, sinalizando o risco com placa a beira leito e na passagem de plantão, para a implementação das medidas preventivas recomendadas.

8.2. Prevenção

- A alimentação por via oral é preferível ao invés da via enteral, com o uso de uma dieta consistente (macia, podendo ser amassada) e com líquidos espessados, ao invés de purês e líquidos finos;
- A cabeceira deve ser elevada para os pacientes receberem alimentação enteral, ao invés da posição supina, para minimizar o risco de broncoaspiração de resíduos gástricos;
- A má higiene oral se constitui como importante fator de risco para pneumonia aspirativa;
- Estimular a mastigação o máximo possível, com o intuito de facilitar a deglutição;
- Em caso de tosse, engasgo e falta de ar, interromper a alimentação e comunicar a equipe;
- Regular a quantidade de alimento fornecido por vez (a colher não deve estar muito cheia, nem muito vazia);

PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE BRONCOASPIRAÇÃO

- Evitar fatores de distração, como: televisão, celular, conversas, entre outros durante a alimentação;
- Manter a cabeceira do leito elevada ou o paciente sentado após alimentação por, aproximadamente, 45 minutos.

8.3. Diagnóstico

O diagnóstico de pneumonia aspirativa depende da história clínica característica, com broncoaspiração testemunhada, presença de fatores de risco e achados compatíveis na imagem do tórax, infiltrados em segmentos pulmonares dependentes de gravidade: segmento superior do lobo inferior ou segmento posterior do lobo superior, se o paciente estiver em posição supina durante o evento de broncoaspiração; quando a macroaspiração ocorre em paciente sentado ou em ortostase, os segmentos mais frequentemente acometidos são os basais, o lobo médio e a língula.

Vale ressaltar, que em estágios iniciais da pneumonia aspirativa, a radiografia de tórax pode não apresentar alterações, sendo melhor identificadas pela tomografia de tórax.

8.4. Acompanhamento

Pacientes com pneumonia aspirativa tem pior prognóstico que os demais com pneumonia adquirida em comunidade (29,4 contra 11,6% de letalidade, respectivamente).

Deve-se acompanhar a melhora do quadro clínico com leucometria e provas inflamatórias, como VHS e PCR. Não há necessidade de controle radiográfico, uma vez que qualquer pneumonia pode demorar semanas para apresentar melhora da imagem.

Uma nova imagem é indicada em casos de suspeita de complicações como derrame pleural parapneumônico.

8.5. Tratamento

PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE BRONCOASPIRAÇÃO

O tratamento para pneumonia aspirativa consiste no suporte clínico e na antibioticoterapia adequada.

Os principais determinantes do antibiótico a ser prescrito são a localização do paciente (comunidade, hospital ou instituição de cuidados de saúde) e a presença de fatores de risco para bactérias multirresistentes.

Classicamente, a microbiota associada à pneumonia aspirativa consistia de anaeróbios. No entanto, houve mudança recente no padrão de bactérias recuperadas em estudos, com predomínio de *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae* e enterobactérias. No caso de pneumonia aspirativa em ambiente hospitalar, os gram-negativos e pseudomonas se tornam os principais agentes.

A cobertura para anaeróbios não é mais recomendada de maneira universal, porém é imperativa em casos com doença periodontal grave e/ou na presença de pneumonia necrotizante, empiema pleural ou abscesso pulmonar.

ESQUEMA DE TRATAMENTO**Prescrição Ambulatorial**

Tipo de PNM	Antibiótico
Pneumonia Aspirativa Adquirida em Comunidade	Amoxicilina + Clavulanato 875/125 mg VO de 12/12 horas, por 5-7 dias OU Levofloxacina 500-750 mg VO de 24/24 horas, por 5-7 dias OU Moxifloxacina 400 mg VO de 24/24 horas, por 5-7 dias OU Clindamicina 600 mg VO de 8/8 horas, por 5-7 dias; **Considerar associação com Clindamicina na dose acima nos casos de doença periodontal grave, pneumonia necrotizante, empiema pleural

PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE BRONCOASPIRAÇÃO

	ou abscesso pulmonar.
Prescrição Hospitalar	
Tipo de PNM	Antibiótico
Pneumonia Aspirativa sem Critérios para Internação no CTI	Amoxicilina + Clavulanato 875/125 mg VO de 12/12 horas, por 5-7 dias OU Levofloxacina 500-750 mg VO de 24/24 horas, por 5-7 dias OU Moxifloxacina 400 mg VO de 24/24 horas, por 5-7 dias; **Se doença periodontal grave, pneumonia necrotizante, empiema pleural ou abscesso pulmonar associar Clindamicina 600 mg VO de 8/8 horas, por 5-7 dias
Pneumonia Aspirativa com Critérios para Internação no CTI	Piperacilina + Tazobactam 4,5 g EV de 6/6 horas, por 5-7 dias OU Ceftriaxona 1 g EV de 12/12 horas ou 2 g EV de 24/24 horas, por 5-7 dias OU Cefepima 2 g EV de 8/8 ou de 12/12 horas, por 5-7 dias OU Meropeném 1 g EV de 8/8 horas, por 5-7 dias OU Imipeném 500 mg EV de 6/6 horas ou 1 g EV de 8/8 horas, por 5-7 dias. Avaliar risco para germes multirresistentes: - Se suspeita de MRSA: Vancomicina 15 mg/kg EV de 12/12 horas ou Linezolida 600 mg EV de 12/12 horas, por 5-7 dias; - Se suspeita de pseudomonas: Utilizar antibióticos com cobertura adequada, por exemplo: Piperacilina + Tazobactam, Cefepima, Meropeném nas posologias descritas acima.

8.6. Cuidados com a sonda enteral e administração da dieta

PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE BRONCOASPIRAÇÃO

- Fixação adequada do cateter para evitar tração acidental. Caso a fixação esteja solta, com sonda tracionada, parar a infusão, reposicionar e repetir o RX imediatamente, antes de iniciar nova infusão;
- Confirmar o posicionamento da sonda após inserção através de radiografia (atribuição da solicitação de exame radiológico: médico);
- Conferir o tipo de dieta enteral, o volume, a vazão e os dados do paciente na prescrição médica/nutricionista antes de instalar a dieta;
- Preferencialmente, a dieta deverá ser administrada através de sonda enteral por bomba infusora, em sistema de infusão contínua;
- Observar, relatar em prontuário e comunicar a equipe médica e nutricionista, sinais de intolerância à dieta ou à sua vazão: distensão abdominal, náuseas e/ou vômitos;
- Diminuir 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, etc.), e em situações que necessitem abaixar a cabeceira da cama.

8.7. Medidas de Higiene Oral

- Realizar Higiene Oral pelo menos 3x ao dia;
- Aspirar as secreções de vias aéreas em pacientes secretivos, sempre que houver necessidade;
- Inspeccionar a cavidade oral rotineiramente, para identificação e remoção de resíduos.

8.8. Intervenções imediatas diante do vômito com risco de broncoaspiração

- Interromper a infusão da dieta, se instalada;
- Lateralizar a cabeça do paciente;

PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE BRONCOASPIRAÇÃO

- Elevar a cabeceira da cama a 45º, se não houver contraindicação;
- 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;
- Registrar o evento no prontuário do paciente;
- Notificar o evento de broncoaspiração, caso ocorra.

9. FORMULÁRIOS E/OU DOCUMENTOS RELACIONADOS

Não se aplica.

10. MODIFICAÇÕES EM RELAÇÃO À REVISÃO ANTERIOR

Não se aplica.

11. ANEXOS

Não se aplica.