

# Uso de pulseira de identificação para risco de broncoaspiração em ambiente hospitalar

## Use of silicone bracelet to signal risk of bronchoaspiration in a hospital setting

Gisele Chagas de Medeiros<sup>1</sup> , Fernanda Chiarion Sassi<sup>2</sup> , Claudia Regina Furquim de Andrade<sup>2</sup> 

### RESUMO

**Objetivo:** apresentar o Protocolo de Prevenção de Broncoaspiração (PPB), visando estabelecer um fluxo padronizado para o manejo do paciente com risco de broncoaspiração. Esse protocolo, de aplicabilidade multiprofissional, estabelece um padrão assistencial de práticas clínicas para garantir a segurança do paciente em unidades de terapia intensiva (UTI), unidades de internação (UI) e pronto-socorro (PS). **Métodos:** na admissão do paciente, ou durante sua permanência hospitalar, a equipe multiprofissional deverá observar se o paciente se encaixa em, pelo menos, UM dos critérios de inclusão do PPB. Caso o paciente seja identificado como em risco de broncoaspiração, a equipe de enfermagem deverá sinalizá-lo com a Pulseira do Risco de Broncoaspiração (cor cinza/prata). **Resultados:** o PPB já foi aprovado pela Comissão de UTI Cirúrgica e pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCCIH) do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (ICHCFMUSP). Com isso, o PPB mostrou-se factível, de baixo custo e efetivo em sua proposta. **Conclusão:** a aplicabilidade do PPB nas Unidades de Terapia Intensiva, Unidades de Internação e Pronto-Socorro do ICHCFMUSP é uma iniciativa pioneira. O uso do protocolo e da pulseira é uma conquista para a Fonoaudiologia e a consolidação da sua existência nas unidades de internação hospitalar.

**Palavras-chave:** Fonoaudiologia; Transtornos da deglutição; Equipe de assistência ao paciente; Gestão de riscos; Assistência hospitalar

### ABSTRACT

**Purpose:** To present the Bronchoaspiration Prevention Protocol (PPB) for the management of patients at risk of bronchoaspiration. This protocol has a multidisciplinary approach and aims to standardize clinical practice in order to ensure patients' safety in Inpatient, Emergency and Intensive Care Units (ICUs). **Methods:** Upon admission or during patients' hospital stay, the multidisciplinary team must observe if the patient presents at least one of the inclusion criteria for the PPB. In case the patient is classified as at risk of bronchoaspiration, the nursing team will identify the patient with the silicone Bracelet for Risk of Bronchoaspiration (grey/silver color). **Results:** The PPB has already been approved by the Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (ICHCFMUSP) ICU Commission and Hospital Infection Control Service (HICS). The PPB proved to fulfil its purpose in a viable, low-cost and effective manner. **Conclusion:** Applicability of the PPB in Inpatient, Emergency and Intensive Care Units (ICUs) is a pioneer initiative. The use of the protocol and bracelet is an achievement for the Speech-Language and Hearing Sciences and consolidates our existence in the inpatient hospital setting.

**Keywords:** Speech, language and hearing sciences; Swallowing disorders; Patient care team; Risk management; Hospital care

Trabalho realizado na Divisão de Fonoaudiologia do Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo – USP, São Paulo (SP), Brasil.

<sup>1</sup>Divisão de Fonoaudiologia, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo – USP, São Paulo (SP), Brasil.

<sup>2</sup>Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil.

**Conflito de interesses:** Não.

**Contribuição dos autores:** GCM levantamento bibliográfico, delineamento do estudo, redação e revisão do artigo; FCS levantamento bibliográfico, delineamento do estudo, redação e revisão do artigo; CRFA orientação do projeto, redação e revisão do artigo.

**Financiamento:** Nada a declarar.

**Autor correspondente:** Claudia Regina Furquim de Andrade. E-mail: [clauan@usp.br](mailto:clauan@usp.br)

**Recebido:** Outubro 18, 2019; **Aceito:** Outubro 31, 2019

## INTRODUÇÃO

A pneumonia aspirativa, frequentemente é resultante de alterações na deglutição<sup>(1,2)</sup>. A ineficiência da deglutição e dos mecanismos de proteção pulmonar permite que conteúdos alimentares entrem nas vias aéreas inferiores<sup>(1)</sup>. A disfagia está presente em pacientes com câncer, distúrbios esofágicos, doenças pulmonares e doenças neurológicas<sup>(1-4)</sup>. Nos casos de parada cardiorrespiratória, 65% dos pacientes desenvolvem pneumonia aspirativa, provavelmente em decorrência da aspiração de conteúdo gástrico durante a ressuscitação, ventilação com bolsa e intubação orotraqueal<sup>(3)</sup>.

O Ministério da Saúde (MS) lançou o Projeto Colaborativo “Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala no Brasil”, que visa implementar diretrizes para prevenção de infecções e desenvolver ações e práticas que aumentem, em todas as áreas, a segurança geral do paciente.

Há nessa proposta do MS um importante lugar para a Fonoaudiologia Hospitalar, como área capaz de identificar os aspectos não funcionais da deglutição e os indicadores clínicos para risco de broncoaspiração em pacientes nas unidades de terapia intensiva. Desde 2017, a Divisão de Fonoaudiologia do HCFMUSP desenvolveu um protocolo para aumentar a segurança do paciente em risco, ou com sinais identificados de broncoaspiração. O Protocolo de Prevenção de Broncoaspiração (PPB) indica O USO DE UMA PULSEIRA NA COR CINZA/PRATA como identificador de segurança para o paciente. O uso da pulseira cinza/prata sinaliza, para toda a equipe de saúde, as medidas de cuidados preventivos a serem adotados.

O objetivo desta comunicação breve é apresentar o PPB, visando estabelecer um fluxo padronizado para o manejo do paciente com risco de broncoaspiração. O protocolo, de aplicabilidade multiprofissional, estabelece um padrão assistencial de práticas clínicas para garantir a segurança do paciente em unidades de terapia intensiva, unidades de internação e pronto-socorro.

## MÉTODOS

Na admissão do paciente, ou durante sua permanência hospitalar, a equipe multiprofissional deverá observar se ele se encaixa em, pelo menos, UM dos seguintes critérios de inclusão<sup>(1-6)</sup>:

1. Presença de náuseas e/ou vômitos;
2. Presença de ventilação mecânica;
3. Presença de dieta enteral;
4. Alteração do status mental (Escala de Glasgow  $\leq 12$ );
5. Risco de disfagia orofaríngea:
  - a. Intubação orotraqueal prolongada ( $\geq 48$  horas);
  - b. Traqueostomizados com ou sem ventilação mecânica;
  - c. Rebaixamento do nível de consciência (Escala de Glasgow  $\leq 12$ );
  - d. Doenças neurológicas com risco para disfagia;
  - e. Doenças respiratórias com risco para disfagia (ex: pneumonias de repetição; doença pulmonar obstrutiva crônica - DPOC);

- f. Doenças ou cirurgias de cabeça e pescoço;
- g. História prévia de disfagia orofaríngea;
- h. Reflexo de tosse diminuído ou ausente.

Caso o paciente seja identificado como em risco de broncoaspiração, a equipe de enfermagem deverá sinalizá-lo com a Pulseira do Risco de Broncoaspiração (cor cinza/prata). Após a colocação da pulseira, deverão ser tomadas as medidas preventivas a seguir, de acordo com os critérios de inclusão:

1. Presença de náuseas ou vômitos:
  - a. Avaliação da interrupção da dieta enteral;
  - b. Jejum via oral para pacientes com dieta via oral liberada;
  - c. Controle dos sintomas (tratamento medicamentoso e não medicamentoso, à critério médico);
  - d. Decúbito elevado – se intubado, elevar a cabeceira e, se em ventilação espontânea, decúbito lateral e elevado;
  - e. Evitar ventilação mecânica não invasiva.
2. Presença de ventilação mecânica:
  - a. Monitorar e ajustar a pressão do *cuff*, a cada período, ou sempre que necessário ( $p=20$  a  $30$  cm H<sub>2</sub>O);
  - b. Decúbito elevado - mínimo 30° de inclinação;
  - c. Realizar aspiração de vias aéreas superiores, sempre que necessário;
  - d. Em caso de sialorreia, deverá ser avaliada a necessidade de medidas xerostômicas;
  - e. Realizar higiene oral, conforme o protocolo institucional.
3. Presença de dieta enteral
  - a. Seguir as orientações de cuidados com a dieta enteral.
4. Alteração aguda do status mental (Escala de Glasgow  $\leq 12$ );
  - a. Avaliação da equipe médica;
  - b. Considerar a suspensão da dieta oral;
  - c. Decúbito elevado - mínimo 30° de inclinação.
5. Risco de disfagia orofaríngea:
  - a. Suspensão de dieta via oral;
  - b. Encaminhamento para avaliação fonoaudiológica;
  - c. Avaliação fonoaudiológica em até 24 horas após a solicitação médica;
  - d. Realizar higiene oral, conforme o protocolo institucional.

## RESULTADOS

O PPB já foi aprovado pela Comissão de UTI Cirúrgica e pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCCIH) do ICHCFMUSP, Com isso, mostrou-se factível, de baixo custo e efetivo em sua proposta. O PPB está em fase de implantação ampla e será adotado como protocolo clínico institucional. Em termos de pesquisa, tão logo sua utilização seja padronizada em todos os cenários de internação, serão formalizados os estudos de amostragem e validação.

## DISCUSSÃO

A aplicabilidade do PPB nas Unidades de Terapia Intensiva, Unidades de Internação e Pronto-Socorro do HCFMUSP é uma iniciativa pioneira, que enfrenta várias dificuldades – equipes resistentes, inconsistência nos cuidados aos pacientes, negligência na adoção do uso da pulseira e burocracias em todas as instâncias. A intenção das autoras deste comunicado breve foi disponibilizar a proposta desse protocolo para todos os serviços hospitalares de Fonoaudiologia.

## CONCLUSÃO

O uso do protocolo e da pulseira é uma conquista para a Fonoaudiologia e a consolidação da sua existência nas unidades de internação hospitalar.

## REFERÊNCIAS

1. DiBardino DM, Wunderink RG. Aspiration pneumonia: a review of modern trends. *J Crit Care*. 2015 Fev;30(1):40-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrc.2014.07.011>. PMID:25129577.
2. Hayashi M, Iwasaki T, Yamazaki Y, Takayasu H, Tateno H, Tazawa S, et al. Clinical features and outcomes of aspiration pneumonia compared with non-aspiration pneumonia: a retrospective cohort study. *J Infect Chemother*. 2014;20(7):436-42. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jiac.2014.04.002>. PMID:24834866.
3. Komiya K, Ishii H, Umeki K, Mizunoe S, Okada F, Johkoh T, et al. Impact of aspiration pneumonia in patients with community-acquired pneumonia and healthcare-associated pneumonia: a multicenter retrospective cohort study. *Respirology*. 2013;18(3):514-21. <http://dx.doi.org/10.1111/resp.12029>. PMID:23231701.
4. Langmore SE, Terpenning MS, Schork A, Chen Y, Murray JT, Lopatin D, et al. Predictors of aspiration pneumonia: how important is dysphagia? *Dysphagia*. 1998;13(2):69-81. <http://dx.doi.org/10.1007/PL00009559>. PMID:9513300.
5. Medeiros GC, Sassi FC, Mangilli LD, Zilberstein B, Andrade CR. Clinical dysphagia risk predictors after prolonged orotracheal intubation. *Clinics (São Paulo)*. 2014;69(1):8-14. [http://dx.doi.org/10.6061/clinics/2014\(01\)02](http://dx.doi.org/10.6061/clinics/2014(01)02). PMID:24473554.
6. Medeiros GC, Sassi FC, Zambom LS, Andrade CRF. Correlation between the severity of critically ill patients and clinical predictors of bronchial aspiration. *J Bras Pneumol*. 2016;42(2):114-20. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37562015000000192>. PMID:27167432.