

11. ASMA BRÔNQUICA

a. CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS DE AVALIAÇÃO

A asma cursa com obstrução crônica das pequenas e grandes vias aéreas.

Inicialmente ocorrem broncoespasmo e produção exacerbada de muco.

Posteriormente hipertrofia do músculo liso brônquico e glândulas mucosas e um infiltrado inflamatório.

Causa dificuldade expiratória principalmente com “*auto PEEP*” e hipoxemia por desequilíbrio V/Q (ventilação/perfusão).

Fatores precipitantes: infecção de via aérea superior, medicamentos (AAS, corantes e betabloqueadores), exercício, estresse emocional, inalação de irritantes (fumaça, poluição), mudanças de clima e refluxo gastroesofágico.

b. QUADRO CLÍNICO

O diagnóstico depende de uma história prolongada de sintomas asmáticos: sibilos crônicos ou prolongados, tosse e dispnéia.

A tosse não produtiva pode ser a manifestação isolada da asma, sem o broncoespasmo.

Associação frequente com sintomas alérgicos: rinite, obstrução nasal e conjuntivite.

c. CONDUTA

Avaliar o nível de consciência.

Abrir via aérea.

Verificar respiração.

Administrar oxigênio suplementar sob máscara 10 a 15 litros por minuto.

Monitorizar o paciente com cardioscópio, monitor de PNI e oxímetro de pulso.

Obter acesso venoso periférico com cateter calibroso.

Colher gasometria arterial de pacientes intensamente dispnéicos, com alterações do nível de consciência ou hemodinâmicas.

Radiografar tórax no leito caso o paciente apresente febre, sinais de complicação (infeciosa ou pneumotórax) ou esteja em estado grave.

Indicar a intubação e a ventilação mecânica nos pacientes com nível de consciência deprimido ou apresentando fadiga extrema.

Assistir ventilação caso necessário com bolsa antes de proceder a intubação.

Efetuar se possível a medição do PEF (*Peak Expiratory Flow*) para avaliar o grau de broncoespasmo.

Empregar broncodilatadores por via inalatória para reverter broncoespasmo, os mais utilizados no ambiente extra-hospitalar são os agonistas beta adrenérgicos seletivos por via inalatória.

Utilizar corticosteróides por via intravenosa no estado de mal asmático, o efeito demora até seis horas, o medicamento de escolha é a metilprednisolona na dose de 125 mg IV.

Evitar o uso de aminofilina devido a seu alto potencial de toxicidade. Os principais efeitos colaterais são: taquicardia, arritmias, náuseas, vômitos e convulsões.

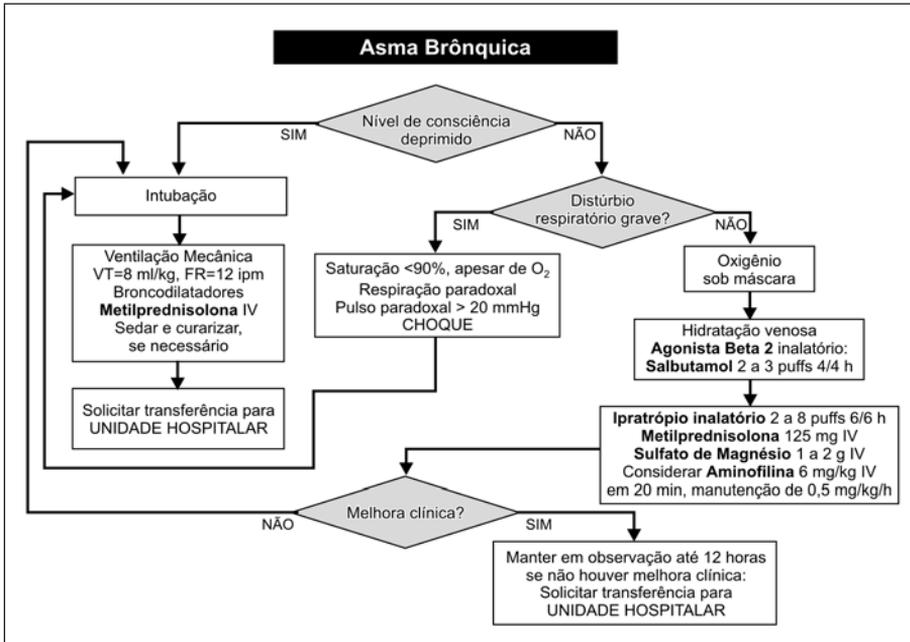
Iniciar ventilação assistida caso necessário.

Manter continuamente monitorizados o ritmo cardíaco, oximetria e pressão arterial não invasiva.

Dose habitual de broncodilatadores

MEDICAMENTO	CLASSIFICAÇÃO	DOSE EM NEBULIZAÇÃO	DOSE PRESSURIZADA
SALBUTAMOL Aerolin	BETA 2 - AGONISTA SELETIVO	0,25 a 0,5 ml da Solução a 0,5% em 5 ml de salina por 10 min de 4 em 4 horas	Duas inalações de 4 em 4 horas
TERBUTALINA Brycanil	BETA 2 - AGONISTA SELETIVO	0,03 ml/kg/dose em 5 ml de salina de 4 em 4 horas	Uma a duas inalações de 4 em 4 horas
BEROTEC Fenoterol	BETA 2 - AGONISTA SELETIVO	0,03 ml/kg/dose em 5 ml de salina de 4 em 4 horas	Uma a duas inalações de 4 em 4 horas
IPRATRÓPIO Atrovent	ANTAGONISTA MUSCARÍNICO	1,0 mg em 2 a 3 ml de salina por 10 min de 4 em 4 horas	

d. ALGORITMO DE ASMA BRÔNQUICA



Algoritmo de atendimento aos pacientes portadores de asma brônquica em ambiente pré-hospitalar.

12. DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC) DESCOMPENSADA

a. CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS DE AVALIAÇÃO

O DPOC inclui a bronquite crônica e o enfisema pulmonar.

É a causa mais comum de insuficiência respiratória no adulto.

A maioria dos pacientes tem hipoxemia crônica e uma minoria tem hipercapnia.

O principal fator de exacerbação é a infecção respiratória, mas distúrbios não respiratórios como falência cardíaca, infecções, traumatismos, pós-operatório, também são causas de descompensação.

Ocorre limitação do fluxo respiratório nas vias aéreas intra-torácicas, que é mais importante durante a expiração.

Na bronquite crônica ocorre aumento da produção de escarro, inflamação crônica das vias aéreas, hipertrofia das glândulas mucosas e do tecido conectivo.