



ALBERT EINSTEIN
HOSPITAL ISRAELITA

FLUXOGRAMA DE VENTILAÇÃO MECÂNICA NA CRISE DE ASMA AGUDA

Versão eletrônica atualizada em
Março – 2009

Definição

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

História de broncoespasmo e hiperreatividade brônquica.

Crises de dispnéia com sibilância ou tórax silencioso.

RX: hiperinsuflado ou normal.

Excluir disfunção de vias aéreas superiores (estridor laríngeo ou cornagem) . Se necessário = broncoscopia ou laringoscopia.

FATORES DE DESCOMPENSAÇÃO

Infecção, Exposição a alérgenos, Refluxo gastro-esofágico, Pneumotórax.

INDICAÇÕES DE SUPORTE VENTILATÓRIO NÃO INVASIVO

Glasgow >12, estabilidade hemodinâmica, sem arritmias ou ICO, sem distensão gástrica, sem secreção

copiosa, PaO₂/FIO₂ <300, PaCO₂ >35 e pH >7,2 e <7,3.

INICIAR: Inalação com fenoterol 10 - 20 gts diluídos em 5 ml de SF de 30 em 30 minutos até 3 vezes + Solumedrol 40 mg 4 vezes ou

solucortef 100 mg.

INDICAÇÕES DE SUPORTE VENTILATÓRIO INVASIVO

Glasgow < 12, Instabilidade hemodinâmica, arritmias ou ICO, distensão gástrica, confusão mental, PCR,

Hipoxemia, fadiga muscular, PaCO₂ com aumento progressivo e ou pH < 7,2.

VENTILAÇÃO MECÂNICA:

Modo: Pressão controlada ou Pressão de suporte.

Nível de pressão: o suficiente para manter VC > 350 e FR < 24-Iniciar com 20 cmH₂O.

FR= 8-12 (no modo controlado-sedação com benzodiazepínicos(evitar opióides)).

FIO₂= suficiente para manter PaO₂ entre 80 e 120 mmHg ou SpO₂ > 95% e <98%

PEEP= 3 a 5 cmH₂O.

Manter auto-PEEP < 15 cmH₂O

PaCO₂ entre 45 e 90 mmHg e pH > 7.15.

Repouso muscular 24 hs.

Corrigir distúrbios metabólicos.

Manter B2-agonista contínuo via inalatória com inalador do SERVO

Manter corticosteróide endovenoso

MONITORIZAÇÃO DURANTE VENTILAÇÃO MECÂNICA

SpO₂, ETCO₂, mecânica respiratória: resistência de vias aéreas, Auto-PEEP, hemodinâmica e arritmias.

Gasometria arterial e RX de tórax diários.

Broncoespasmo refratário: Lavado bronco-alveolar com soro morno, anestesia inalatória com

halogenados: supervisão do GAR

DESMAME

1. FIO₂ < 40%
2. PEEP <5 ou igual a 5 cmH₂O
3. pH < 7.6 e > 7.3
4. Broncoespasmo controlado.
5. Resistência de vias aéreas < 20 cmH₂O/L/seg.
6. Seguir protocolo de desmame em PSV.

APÓS EXTUBAÇÃO

Manter O₂ por máscara, Inalação com B2-agonista e corticosteróide endovenoso.

Objetivos

Não aplicável.

Indicação / Contra-Indicação

Não aplicável.

Responsáveis

Não aplicável

Orientação ao Paciente Pré-Procedimento

Não aplicável.

Material

Não aplicável.

Descrição dos Procedimentos

Não aplicável.

Orientação Familiar / Paciente Pós-Procedimento

Não aplicável.

Desempenho Esperado

Não aplicável.

Pontos Críticos / Riscos

Não aplicável.

Registro

Não aplicável.

Referências

Não aplicável.

Anexos

Não aplicável.

Código	Título
ACTIA.PR.ES.064	Insuflação Traqueal De Gases
ACTIA.PR.ES.086	Fluxograma De Suporte Ventilatório No Paciente Neuro-Muscular
ACTIA.PR.ES.087	Fluxograma De Ventilação Mecânica No Trauma Torácico
ACTIA.PR.ES.088	Fluxograma De Ventilação Mecânica Na Sdra
ACTIA.PR.ES.090	Fluxograma De Ventilação Mecânica Não Invasiva
ACTIA.PR.ES.091	Fluxograma De Ventilação Mecânica No Dpoc
ACTIA.PR.ES.092	Protocolo De Desmame Cti-A - Hiae
ACTIA.PR.ES.098	