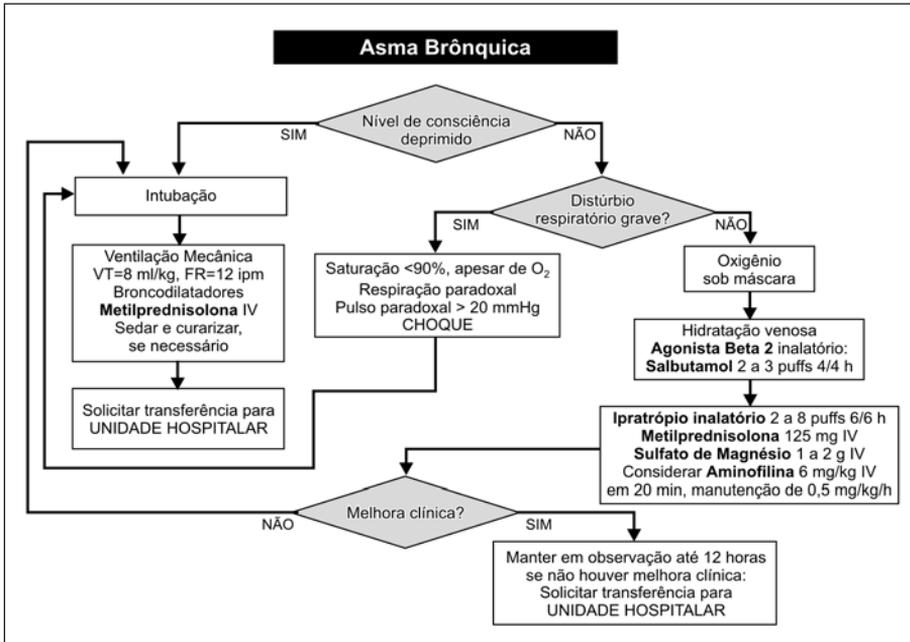


d. ALGORITMO DE ASMA BRÔNQUICA



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.

O enfisema caracteriza-se por pela destruição dos alvéolos e tecidos do bronquíolo terminal.

O tabagismo associa-se ao DPOC, especialmente a bronquite crônica.

O broncoespasmo não é a causa primária da obstrução de vias aéreas no DPOC.

b. QUADRO CLÍNICO

História de produção crônica de escarro, tosse e dispnéia crônica, tabagismo, ausência de IVE identificam pacientes com bronquite crônica.

O enfisema é identificado por dispnéia, hiperinsuflação pulmonar (tórax em barril) e padrão obstrutivo nas provas de função respiratória.

Alguns pacientes já apresentam sinais de IVD como: ascite, hepatomegalia, edema de membros inferiores.

A descompensação do quadro é indicada por piora do quadro de dispnéia, uso de musculatura acessória da respiração (esternocleidomastóide), retrações intercostais, respiração paradoxal (abdome se movimenta para dentro na inspiração). Pode haver queda do nível de consciência.

A desnutrição é frequentemente associada ao quadro.

Os achados laboratoriais de descompensação são: elevação da PaCO_2 acima de 45 mmHg com acidose respiratória ($\text{pH} < 7,30$) e hipoxemia.

A radiografia de tórax deve ser pesquisada para infiltrados, sinais de hiperinsuflação, pneumotórax e sinais de IVE.

c. CONDUTA

Verificar o nível de consciência.

Abrir caso necessário a via aérea.

Verificar respiração.

Administrar oxigênio suplementar sob máscara dez litros por minuto observando cuidados com depressão respiratória.

Assistir respiração com BVM se indicado.

Manter saturação $> 90\%$.

Monitorizar o paciente com cardioscópio, monitor de pressão arterial não invasiva, capnógrafo e oxímetro de pulso.

Obter acesso venoso periférico com cateter calibroso.

Obter sangue para: hemograma, gasometria arterial, função renal, eletrólitos e coagulação.

Fazer ECG de 12 derivações.

Tratar os fatores de descompensação.

Radiografar tórax em PA e perfil, se possível.

Aplicar CPAP sob máscara em pacientes colaborativos.

Intubar imediatamente pacientes com nível de consciência deprimido (Glasgow ≤ 8), instabilidade hemodinâmica ou fadiga extrema.

Empregar broncodilatadores por via inalatória para reverter broncoespasmo (principalmente os anticolinérgicos).

Evitar a aminofilina devido a seu alto potencial de toxicidade.

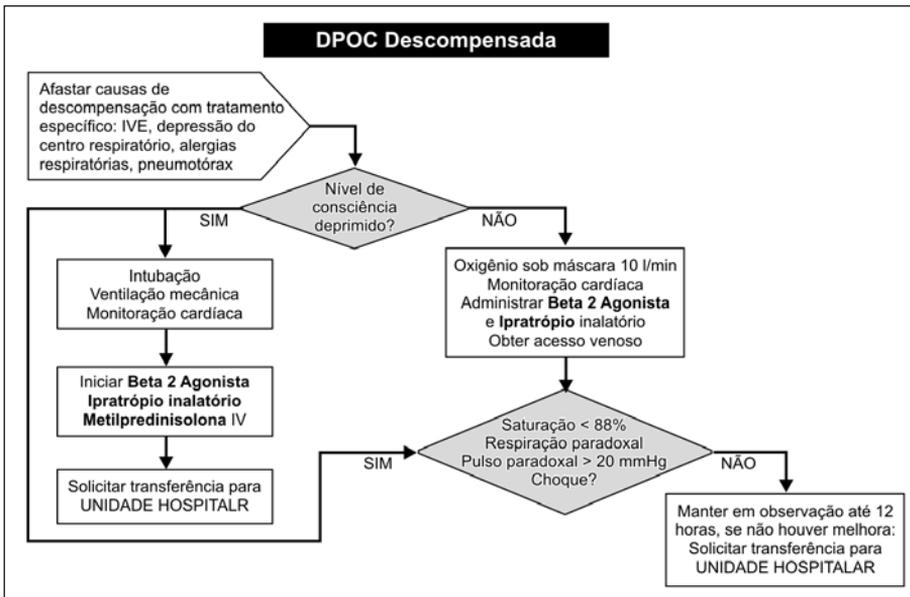
Considerar o emprego de corticosteróides IV especialmente em pacientes com broncoespasmo intenso (20 a 40 mg de metilprednisolona 8 em 8 horas).

Iniciar ventilação assistida caso necessário.

Administrar antibióticos em exacerbações (amoxicilina / ácido clavulânico, azitromicina ou fluoroquinolonas).

Manter continuamente monitorizados o ritmo cardíaco, oximetria e PNI.

d. ALGORITMO DE DPOC DESCOMPENSADA



Algoritmo de atendimento a pacientes com quadro de DPOC descompensada em ambiente pré-hospitalar.