



Hospital São Paulo  
SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina  
Hospital Universitário da UNIFESP

Sistema de Gestão da Qualidade

**PROTOCOLO: PROTOCOLO DE STATUS ASMÁTICO**

MACROPROCESSO: Assistência

PROCESSO GERAL: Atendimento Multiprofissional

PROCESSO ESPECÍFICO: Unidade de Terapia Intensiva Adulto

SUBPROCESSO (último nível): Unidade de Terapia Intensiva Adulto

DESCRITOR: Status asmático

**Revisão:**

**Emissão: Setembro 2022**

**Indexação:**

**Introdução**

A asma é uma doença respiratória caracterizada pela inflamação das vias aéreas e conseqüente hiper-reatividade a uma ampla variedade de estímulos, esta conduz à obstrução das vias respiratórias e paroxismos de tosse, dispnéia, opressão torácica e sibilos respiratórios. É uma doença episódica com exacerbações agudas intercaladas por períodos assintomáticos. Em terapia intensiva pode ser tanto a razão da internação como um evento ocorrendo dentro do contexto de internação por outras causas. Seu tratamento representa, muitas vezes, um grande desafio.

**Objetivos**

O objetivo desse protocolo é definir, de forma sucinta, as principais medidas de controle de broncoespasmo.

**Classificação da gravidade**

São sinais e sintomas que devem ser avaliados e que potencialmente indicam a gravidade de uma crise de broncoespasmo.

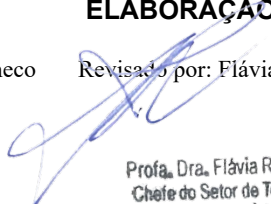
- Crise ameaçadora a vida: cianose, incapacidade de manter ritmo/ frequência respiratória, Sat O<sub>2</sub> < 90%, rebaixamento do nível de consciência e PaCO<sub>2</sub> > 40 mm Hg;
- Crise grave: fala entrecortada (impossibilidade de falar frases completas), agitação psicomotora, diaforese, FR > 30 ipm, FC > 120 bpm, Sat O<sub>2</sub> < 90% em ar ambiente;

**ELABORAÇÃO (desta versão)**

Elaborado por: Eduardo Pacheco

Revisado por: Flávia Machado

Aprovado por: Coordenação médica e de fisioterapia UTI adulto

  
Prof. Dra. Flávia Ribeiro Machado  
Chefe do Setor de Terapia Intensiva e Coordenadora de Qualidade HSP – Formulário PROTOCOLO-1  
Disciplina de Anestesiologia, Dor e Medicina  
Intensiva do Departamento de Cirurgia  
Hospital São Paulo / UNIFESP



Hospital São Paulo  
SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina  
Hospital Universitário da UNIFESP

Sistema de Gestão da Qualidade

**PROTOCOLO: PROTOCOLO DE STATUS ASMÁTICO**

MACROPROCESSO: Assistência

PROCESSO GERAL: Atendimento Multiprofissional

PROCESSO ESPECÍFICO: Unidade de Terapia Intensiva Adulto

SUBPROCESSO (último nível): Unidade de Terapia Intensiva Adulto

DESCRIPTOR: Status asmático

**Revisão:**

**Emissão: Setembro 2022**

**Indexação:**

- Crise leve a moderada: consegue falar frases ou sentenças completas, sem alteração do nível de consciência, prefere a posição sentada a deitada, FR entre 16 - 30 ipm, FC entre 100-120 bpm, Sat O<sub>2</sub> > 90%.

Além da avaliação da gravidade da crise, é de fundamental importância a realização do diagnóstico diferencial do broncoespasmo, sendo causas a serem consideradas.

- Asma
- DPOC
- Insuficiência cardíaca congestiva
- Pneumonia
- Atelectasias
- Pneumotórax
- Obstrução de vias aéreas (secreções, sujidades no circuito, HME com mal funcionamento)

**Medidas terapêuticas**

Os principais objetivos do tratamento da crise aguda é reverter a limitação ao fluxo de ar, bem como a correção da hipoxemia e da hipercapnia, sendo o uso de broncodilatadores inalatórios (beta-agonistas de curta duração) e de corticóides sistêmicos, os principais atores neste cenário.

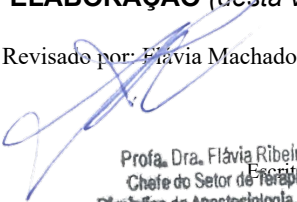
Oxigenioterapia.

**ELABORAÇÃO (desta versão)**

Elaborado por: Eduardo Pacheco

Revisado por: Flávia Machado

Aprovado por: Coordenação médica e  
de fisioterapia UTI adulto

  
Profa. Dra. Flávia Ribeiro Machado  
Chefe do Setor de Gestão da Qualidade HSP – Formulário PROTOCOLO-1  
Disciplina de Anestesiologia, Dor e Medicina  
Intensiva do Departamento de Cirurgia  
Hospital São Paulo / UNIFESP



Hospital São Paulo  
SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina  
Hospital Universitário da UNIFESP

Sistema de Gestão da Qualidade

**PROTOCOLO: PROTOCOLO DE STATUS ASMÁTICO**

MACROPROCESSO: Assistência

PROCESSO GERAL: Atendimento Multiprofissional

PROCESSO ESPECÍFICO: Unidade de Terapia Intensiva Adulto

SUBPROCESSO (último nível): Unidade de Terapia Intensiva Adulto

DESCRIPTOR: *Status asmático*

**Revisão:**

**Emissão: Setembro 2022**

**Indexação:**

O uso de oxigênio suplementar está indicado em pacientes com  $\text{Sat O}_2 < 90\%$  com o objetivo de manter a  $\text{Sat O}_2$  maior que  $92\%$  ( $> 95\%$  para gestantes), sendo atenção especial necessária para pacientes com risco de hipercapnia, devendo-se evitar manter saturação próxima a  $100\%$ , sob o risco de aumento da  $\text{PaCO}_2$ .

***Beta-agonistas***

Os broncodilatadores constituem a terapia de primeira linha na crise de asma. A reversão é atingida mais efetivamente pela inalação de agonistas beta-adrenérgicos. Os agentes disponíveis no serviço são a terbutalina e o salbutamol ( $100 \text{ mcg/jato-dose}$ ). A via preferida de administração é a inalatória, por estar associada a maior efetividade e menores efeitos colaterais do que o uso intravenoso ou subcutâneo. O uso de pressurizadores com espaçadores é preferível, pela maior eficácia e maior facilidade e rapidez de administração. Além disso, o uso de aerossóis pressurizados e espaçador próprio para conexão no circuito de ventilação, aumenta em muito a eficácia da medicação, bem como torna mais previsível o efeito dose resposta.

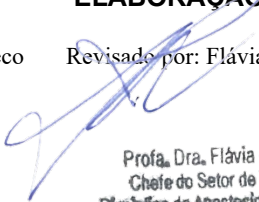
A utilização de aerossóis comuns (através de nebulização), não é indicada, pois grande parte da droga fica aderida aos circuitos de ventilação e doses maiores são necessárias para obtenção do mesmo efeito. Além disso, a determinação da dose retida no circuito é imprecisa e os riscos de toxicidade aumentam.

**ELABORAÇÃO (desta versão)**

Elaborado por: Eduardo Pacheco

Revisado por: Flávia Machado

Aprovado por: Coordenação médica e de fisioterapia UTI adulto

  
Prof. Dra. Flávia Ribeiro Machado  
Chefe do Setor de Terapia Intensiva  
Disciplina de Anestesiologia, Dor e Medicina  
Intensiva do Departamento de Cirurgia  
Hospital São Paulo / UNIFESP



Hospital São Paulo  
SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina  
Hospital Universitário da UNIFESP

Sistema de Gestão da Qualidade

**PROTOCOLO: PROTOCOLO DE STATUS ASMÁTICO**

MACROPROCESSO: Assistência

PROCESSO GERAL: Atendimento Multiprofissional

PROCESSO ESPECÍFICO: Unidade de Terapia Intensiva Adulto

SUBPROCESSO (último nível): Unidade de Terapia Intensiva Adulto

DESCRIPTOR: Status asmático

**Revisão:**

**Emissão: Setembro 2022**

**Indexação:**

Outro ponto relevante é que os ventiladores possuem como monitorização sensores de fluxo ao final do ramo expiratório feitos de filamentos que em contato com a umidade prejudica seu funcionamento e diminui tempo de vida. Dessa forma o único ventilador que permite nebulização é o VELA®, nos demais ventiladores apenas deverá ser utilizado apenas sistemas de pressurização com espaçador.

Para crises agudas de moderada a grave, recomenda-se a utilização de: Salbutamol (pressurizado com espaçador): 4 a 8 jatos a cada 20 minutos na primeira hora. Após a essa terapia inicial, tendo atingido um limiar tolerável, deve-se manter de 4 a 8 jatos (conforme dose anterior) a cada 1 - 4 horas, conforme evolução do paciente.

O uso de beta agonistas parenterais, deve ser reservado para condições ameaçadoras a vida, e/ou para pacientes que não conseguem fazer o uso de beta agonistas inalatórios, devendo ser utilizado terbutalina, subcutânea, em doses de 0,25 µgrs, como primeira escolha, administrada a cada 20 minutos por até 3 vezes. Nessa forma de administração ela perde sua seletividade β-2 e age da mesma forma que a adrenalina. Após a fase aguda, deve-se tentar não utilizar esse tipo de terapia e caso necessário, manter a dose de 0,25 - 0,5 µgrs a cada 8 horas, conforme evolução clínica.

Em raras ocasiões, como anafilaxias, preconiza-se epinefrina aquosa (0,3 ml de solução 1:1000 via IM a cada 20 minutos) em três doses com monitoração eletrocardiográfica. A adrenalina também pode eventualmente ser utilizada na forma de inalação ou mesmo endovenosa.

**ELABORAÇÃO (desta versão)**

Elaborado por: Eduardo Pacheco

Revisado por: Flávia Machado

Aprovado por: Coordenação médica e de fisioterapia UTI adulto

Profa. Dra. Flávia Ribeiro Machado  
Chefe do Setor de Qualidade HSP – Formulário PROTOCOLO-1  
Disciplina de Anestesiologia, Dor e Medicina  
Assista do Departamento de Cirurgia  
Hospital São Paulo / UNIFESP



Hospital São Paulo  
SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina  
Hospital Universitário da UNIFESP

Sistema de Gestão da Qualidade

**PROTOCOLO: PROTOCOLO DE STATUS ASMÁTICO**

MACROPROCESSO: Assistência

PROCESSO GERAL: Atendimento Multiprofissional

PROCESSO ESPECÍFICO: Unidade de Terapia Intensiva Adulto

SUBPROCESSO (último nível): Unidade de Terapia Intensiva Adulto

DESCRIPTOR: Status asmático

Revisão:

Emissão: Setembro 2022

Indexação:

***Anticolinérgicos (Antagonistas muscarínicos)***

A razão para utilização de anticolinérgicos no tratamento da crise de asma seria a presença de tônus vagal aumentado na via aérea. Nas exacerbações graves ou moderadas, sua utilização resulta em efeito broncodilatador adicional de intensidade controversa. De toda forma, seu uso está indicado em associação aos beta-2 agonistas. A dose do brometo de ipratrópio é de 0,5 mg (40 gotas), via nebulizador, repetida a cada 20 minutos. Após fim do tratamento na fase de emergência, a manutenção do ipratrópio é bastante controversa, devendo ser mantida somente naqueles pacientes que mantêm quadro de broncoespasmo ainda considerado grave.

***Corticosteróides sistêmicos***

Os corticosteróides sistêmicos aceleram a resolução da exacerbação grave de asma, por reduzirem a reação inflamatória na via aérea e não por efeito broncodilatador. A resposta ao tratamento parece ocorrer em cerca de 6 a 12 horas após o início da administração, o que indica seu início precoce, principalmente em pacientes com pouca ou nenhuma resposta ao uso de beta agonistas.

Além do cenário de crises graves, o uso de corticóides sistêmicos esta indicado em:

- Recorrência de broncoespasmo, apesar da terapia brondilatadora;

**ELABORAÇÃO (desta versão)**

Elaborado por: Eduardo Pacheco

Revisado por: Flávia Machado

Aprovado por: Coordenação médica e  
de fisioterapia UTI adulto

Profa. Dra. Flávia Ribeiro Machado  
Chefe do Setor de Terapia Intensiva e Qualidade HSP – Formulário PROTOCOLO-1  
Disciplina de Anestesiologia, Dor e Medicina  
Intensiva do Departamento de Cirurgia  
Hospital São Paulo / UNIFESP



Hospital São Paulo  
SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina  
Hospital Universitário da UNIFESP

Sistema de Gestão da Qualidade

**PROTOCOLO: PROTOCOLO DE STATUS ASMÁTICO**

MACROPROCESSO: Assistência

PROCESSO GERAL: Atendimento Multiprofissional

PROCESSO ESPECÍFICO: Unidade de Terapia Intensiva Adulto

SUBPROCESSO (último nível): Unidade de Terapia Intensiva Adulto

DESCRIPTOR: Status asmático

**Revisão:**

**Emissão: Setembro 2022**

**Indexação:**

- Pacientes em uso de corticoides oral. Nesses casos, existe a necessidade de uma dose mais elevada que a dose basal;
- Pacientes com recrudescimento de crises, após o desmame de corticoesteróides.

A metilprednisolona é o agente preferido para terapia intravenosa, 40-80 mg EV a cada 6 horas, devendo ser substituído por prednisona 40-60 mg/dia, assim que se estabelecer o controle da crise ameaçadora a vida. A prednisona deverá ser mantida durante toda a internação na UTI.

Doses maiores de corticosteróides não são indicadas, pois somente agregam efeitos colaterais, sem nenhum real benefício para o paciente, bem como o uso de corticóides por via inalatória no contexto de crise aguda.

**Xantinas**

As metilxantinas não são geralmente recomendadas pois sua adição não altera a broncodilatação já obtida com doses otimizadas de beta-adrenérgicos. Sua adição, no entanto, parece aumentar a incidência de efeitos colaterais, como tremores, náuseas, arritmias e ansiedade.

Outros efeitos imputados a aminofilina como melhora da *endurance* diafragmática, estímulo ao *drive* respiratório e efeitos antiinflamatórios não parecem mudar a evolução desses pacientes. Seu uso, portanto, não está indicado.

**ELABORAÇÃO (desta versão)**

Elaborado por: Eduardo Pacheco

Revisado por: Flávia Machado

Aprovado por: Coordenação médica e de fisioterapia UTI adulto

Profa. Dra. Flávia Ribeiro Machado  
Chefe do Setor de Terapia Intensiva e Qualidade HSP – Formulário PROTOCOLO-1  
Disciplina de Anestesiologia, Dor e Medicina  
Intensiva do Departamento de Cirurgia  
Hospital São Paulo / UNIFESP



Hospital São Paulo  
SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina  
Hospital Universitário da UNIFESP

Sistema de Gestão da Qualidade

**PROTOCOLO: PROTOCOLO DE STATUS ASMÁTICO**

MACROPROCESSO: Assistência

PROCESSO GERAL: Atendimento Multiprofissional

PROCESSO ESPECÍFICO: Unidade de Terapia Intensiva Adulto

SUBPROCESSO (último nível): Unidade de Terapia Intensiva Adulto

DESCRITOR: Status asmático

Revisão:

Emissão: Setembro 2022

Indexação:

**Sulfato de magnésio**

O possível mecanismo através do qual o sulfato de magnésio poderia controlar o broncoespasmo seria a inibição de canais de cálcio da musculatura lisa da árvore brônquica.

Seu uso está indicado para crises graves e aquelas não controladas com o uso de beta agonistas e corticóides sistêmicos. Seu uso em esquema de *bolus* é seguro, exceto em pacientes com insuficiência renal e com hipermagnesemia.

A dose recomendada é de 2 gramas de magnésio infundidas em 20 minutos ( $MgSO_4$  10% - 20 ml + SF 0,9% - 100 mL). Não existe indicação para infusão contínua de magnésio nestes casos, bem como o uso de magnésio via inalatória.

**Sedativos**

O uso de propofol e cetamina está indicado em pacientes com necessidade de intubação orotraqueal, ou em pacientes que já estejam em ventilação mecânica e que apresentem crise de broncoespasmo refratário a medidas convencionais (beta agonistas / corticoesteróides / anticolinérgicos / sulfato de magnésio).

O propofol deverá ser utilizado como droga de escolha para estes pacientes, seguindo a recomendação e dose específica conforme protocolo específico (Sedação e Analgesia).

**ELABORAÇÃO (desta versão)**

Elaborado por: Eduardo Pacheco

Revisado por: Flávia Machado

Aprovado por: Coordenação médica e  
de fisioterapia UTI adulto

Profa. Dra. Flávia Ribeiro Machado  
Chefe do Setor de Terapia Intensiva  
Disciplina de Anestesiologia, Dor e Medicina  
Intensiva do Departamento de Cirurgia  
Hospital São Paulo / UNIFESP

Sistema de Gestão da Qualidade HSP – Formulário PROTOCOLO-1





Hospital São Paulo  
SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina  
Hospital Universitário da UNIFESP

Sistema de Gestão da Qualidade

**PROTOCOLO: PROTOCOLO DE STATUS ASMÁTICO**

MACROPROCESSO: Assistência

PROCESSO GERAL: Atendimento Multiprofissional

PROCESSO ESPECÍFICO: Unidade de Terapia Intensiva Adulto

SUBPROCESSO (último nível): Unidade de Terapia Intensiva Adulto

DESCRITOR: Status asmático

**Revisão:**

**Emissão: Setembro 2022**

**Indexação:**

O uso de cetamina em concomitância com o propofol, pode ser uma alternativa para casos ultra-refratários. A dose utilizada deverá ser: bolus de 1 mg/kg em 2 minutos, seguidos por uma dose de manutenção de 0,5 - 2 mg/kg/h, devendo-se manter enquanto durar a crise.

**Ventilação mecânica não invasiva**

Ao contrário da DPOC e da insuficiência cardíaca congestiva, o uso de VNI em pacientes com crise de asma, não é uma indicação absoluta, visto a falta de evidências maiores. Porém, em pacientes colaborativos, em que não existe uma indicação de intubação imediata, um teste curto com VNI deve ser tentado.

**Ventilação mecânica invasiva**

Visto o problema básico do paciente ser a obstrução ao fluxo aéreo, o princípio fundamental da ventilação é a utilização de estratégias para evitar aumento da hiperinsuflação dinâmica ou auto-PEEP; por isso é fundamental que esta seja monitorada.

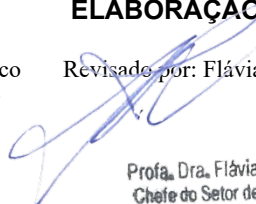
Estes pacientes devem ser ventilados idealmente em ventilação controlada a pressão, com volume corrente baixo (5 a 8 mL/kg), baixa frequência respiratória (12 a 14 ipm), altos fluxos inspiratórios (70-100L/min e de preferência fluxos com redução exponencial, se ventilados a volume) e tempo expiratório prolongado (I:E>1:3) para minimizar o aprisionamento de ar dentro dos pulmões. Além da manutenção de baixos volumes minutos e de

**ELABORAÇÃO (desta versão)**

Elaborado por: Eduardo Pacheco

Revisado por: Flávia Machado

Aprovado por: Coordenação médica e de fisioterapia UTI adulto

  
Prof. Dra. Flávia Ribeiro Machado  
Chefe do Setor de Terapia Intensiva  
Disciplina de Anestesiologia, Dor e Medicina  
Intensiva do Departamento de Cirurgia  
Hospital São Paulo / UNIFESP





Hospital São Paulo  
SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina  
Hospital Universitário da UNIFESP

Sistema de Gestão da Qualidade

**PROTOCOLO: PROTOCOLO DE STATUS ASMÁTICO**

MACROPROCESSO: Assistência

PROCESSO GERAL: Atendimento Multiprofissional

PROCESSO ESPECÍFICO: Unidade de Terapia Intensiva Adulto

SUBPROCESSO (último nível): Unidade de Terapia Intensiva Adulto

DESCRIPTOR: Status asmático

**Revisão:**

**Emissão: Setembro 2022**

**Indexação:**

relação I:E adequada, é fundamental o controle da pressão de platô, abaixo de 30 cmH<sub>2</sub>O.

O uso de PEEP é controverso. Em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica sua utilização (níveis de até 80% do auto- PEEP) permite que as vias aéreas permaneçam abertas, reduzindo assim o esforço respiratório em pacientes que estão em ventilação espontânea e a chance de ocorrência de auto-PEEP oculto naqueles em ventilação controlada. Entretanto, muitos dos pacientes asmáticos não se comportam dessa maneira e apresentam piora do aprisionamento de ar, além de elevação excessiva da pressão de platô com a utilização de PEEP externo. É possível que o ganho em termos de redução da hiperinsuflação dinâmica seja sobrepujado pelo malefício da hiperdistensão. Assim, deve-se ajustar o PEEP em 80% do auto-PEEP e avaliar se houve piora do quadro.

A consequência dessa estratégia ventilatória será o aumento dos níveis de CO<sub>2</sub>. Entretanto, em asmáticos graves, pode-se observar menores taxas de mortalidade nos pacientes que realizaram hipercapnia permissiva (PaCO<sub>2</sub> entre 40 a 90 mmHg e pH arterial acima de 7,2) em relação àqueles submetidos à ventilação mecânica convencional. Esta conduta deve ser mantida até melhora do quadro asmático.

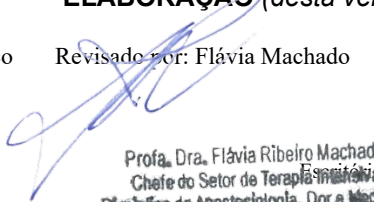
Nos pacientes em que não se consegue obter pressões de platô de até 30 cmH<sub>2</sub>O), causas de redução de complacência devem ser investigadas e tratadas. O tratamento broncodilatador deve ser revisto. Em pacientes com pH abaixo de 7,2 deve-se também adotar estratégias visando a redução da produção de CO<sub>2</sub>. Nos casos refratários, pode-se utilizar bicarbonato de sódio,

**ELABORAÇÃO (desta versão)**

Elaborado por: Eduardo Pacheco

Revisado por: Flávia Machado

Aprovado por: Coordenação médica e  
de fisioterapia UTI adulto

  
Prof. Dra. Flávia Ribeiro Machado  
Chefe do Setor de Terapia Intensiva de Qualidade HSP – Formulário PROTOCOLO-1  
Disciplina de Anestesiologia, Dor e Medicina  
Assista do Departamento de Cirurgia  
Hospital São Paulo / UNIFESP



Hospital São Paulo  
SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina  
Hospital Universitário da UNIFESP

Sistema de Gestão da Qualidade

**PROTOCOLO: PROTOCOLO DE STATUS ASMÁTICO**

MACROPROCESSO: Assistência

PROCESSO GERAL: Atendimento Multiprofissional

PROCESSO ESPECÍFICO: Unidade de Terapia Intensiva Adulto

SUBPROCESSO (último nível): Unidade de Terapia Intensiva Adulto

DESCRIPTOR: Status asmático

**Revisão:**

**Emissão: Setembro 2022**

**Indexação:**

embora essa estratégia não encontre amparo na literatura. Além disso, sua utilização acabará gerando maior produção de CO<sub>2</sub>, o que pode vir a ser prejudicial.

**Fase de manutenção**

Para pacientes que já têm o diagnóstico de asma ou outra doença obstrutiva crônica e que por ventura, permanecem na UTI após a estabilização da fase aguda da doença, é necessário a utilização de medicações de manutenção, na qual o paciente já fazia uso previamente ou em será necessário seu início.

Os pacientes que já faziam uso previamente, recomenda-se a conciliação medicamentosa, atentando-se para aqueles que podem ser utilizados ou não em pacientes em ventilação mecânica.

Para pacientes em que se irá se iniciar uma terapia de manutenção, é necessário a solicitação da interconsulta da pneumologia, para discussão e definição da melhor terapia a ser adotada.

Medicamentos de manutenção que **podem** ser utilizados em ventilação mecânica:

- Fostair® -
- Seretide spray®
- Duovent®

Medicamentos de manutenção que **NÃO** são adaptáveis a ventilação mecânica:

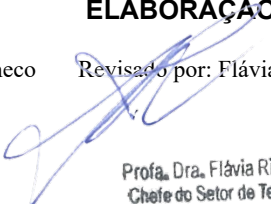
Seretide® convencional

**ELABORAÇÃO (desta versão)**

Elaborado por: Eduardo Pacheco

Revisado por: Flávia Machado

Aprovado por: Coordenação médica e de fisioterapia UTI adulto

  
Prof. Dra. Flávia Ribeiro Machado  
Chefe do Setor de Terapia Intensiva  
Disciplina de Anestesiologia, Dor e Medicina  
Intensiva do Departamento de Cirurgia  
Hospital São Paulo / UNIFESP



Hospital São Paulo  
SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina  
Hospital Universitário da UNIFESP

Sistema de Gestão da Qualidade

**PROTOCOLO: PROTOCOLO DE STATUS ASMÁTICO**

MACROPROCESSO: Assistência

PROCESSO GERAL: Atendimento Multiprofissional

PROCESSO ESPECÍFICO: Unidade de Terapia Intensiva Adulto

SUBPROCESSO (último nível): Unidade de Terapia Intensiva Adulto

DESCRIPTOR: Status asmático

**Revisão:**

**Emissão: Setembro 2022**

**Indexação:**

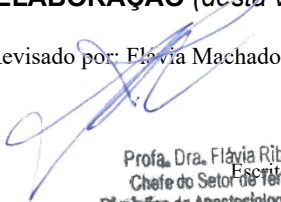
- Alenia®
- Spriva®
- Trimbow®

**ELABORAÇÃO (desta versão)**

Elaborado por: Eduardo Pacheco

Revisado por: Flávia Machado

Aprovado por: Coordenação médica e  
de fisioterapia UTI adulto

  
Prof. Dra. Flávia Ribeiro Machado  
Chefe do Setor de Gestão da Qualidade HSP – Formulário PROTOCOLO-1  
Disciplina de Anestesiologia, Dor e Medicina  
Intensiva do Departamento de Cirurgia  
Hospital São Paulo / UNIFESP



Hospital São Paulo  
SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina  
Hospital Universitário da UNIFESP

Sistema de Gestão da Qualidade

**PROTOCOLO: PROTOCOLO DE STATUS ASMÁTICO**

MACROPROCESSO: Assistência

PROCESSO GERAL: Atendimento Multiprofissional

PROCESSO ESPECÍFICO: Unidade de Terapia Intensiva Adulto

SUBPROCESSO (último nível): Unidade de Terapia Intensiva Adulto

DESCRIPTOR: Status asmático

Revisão:

Emissão: Setembro 2022

Indexação:

MEDICAMENTOS NA FASE AGUDA					
CLASSE	MEDICAMENTO	POSOLOGIA	VIA DE ADM	VM	PADRONIZADO
Beta-2 agonista seletivo	SALBUTAMOL 100 MCG/DOSE 200 DOSES SPRAY	<b>Crises agudas de moderada a grave:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Primeira hora:</b> 04 a 08 jatos a cada 20 minutos;</li><li>• <b>Manutenção:</b> 04 a 08 jatos 1 - 4h - Conforme evolução do paciente;</li></ul>	Inalatória (IN)	Sim	Sim
	TERBUTALINA 0,5MG/ML AMP 1ML  (Em casos de <u>ameaça a vida</u> ou <u>pacientes que não podem receber terapia inalatória</u> )	<b>Fase aguda:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• 0.25 mcg a cada 20 minutos no máximo por 3 vezes;</li></ul> <b>Evitar uso após fase aguda, porém se necessário:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• 0.25 mcg - 0.5 mcg 8/8h conforme evolução clínica.</li></ul>	Subcutâneo (SC)	-	Sim

ELABORAÇÃO (desta versão)

Elaborado por: Eduardo Pacheco

Revisado por: Flávia Machado

Aprovado por: Coordenação médica e

de fisioterapia UTI adulto

Profa. Dra. Flávia Ribeiro Machado  
Chefe do Setor de Terapia Intensiva  
Disciplina de Anestesiologia, Dor e Medicina  
Intensiva do Departamento de Cirurgia  
Hospital São Paulo / UNIFESP

Escritório de Qualidade HSP – Formulário PROTOCOLO-1



Hospital São Paulo  
SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina  
Hospital Universitário da UNIFESP

Sistema de Gestão da Qualidade

**PROTOCOLO: PROTOCOLO DE STATUS ASMÁTICO**

MACROPROCESSO: Assistência

PROCESSO GERAL: Atendimento Multiprofissional

PROCESSO ESPECÍFICO: Unidade de Terapia Intensiva Adulto

SUBPROCESSO (último nível): Unidade de Terapia Intensiva Adulto

DESCRIPTOR: Status asmático

Revisão:

Emissão: Setembro 2022

**Indexação:**

<b>Anticolinérgico</b>	IPRATROPIO BROMETO 0,25MG/ML FR 20ML	<b>Fase aguda:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>0,5 mg (40 gotas) a cada 20 minutos.</li></ul> <b>Manutenção:</b> Uso controverso.	Inalação (IN)		Sim
<b>Corticosteroide sistêmicos</b>	METILPREDNISOLO NA <b>SUCCINATO*</b> 125MG FR.AMP  METILPREDNISOLO NA <b>SUCCINATO*</b> 500MG FR.AMP  <b>*Apenas a formulação SUCCINATO pode ser administrada por via endovenosa.</b>	<b>Primeira escolha:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>40 - 80 mg 6/6h.</li></ul> <b>Obs:</b> Transicionar para Prednisona assim que não houver mais risco a vida.	Endovenoso (EV)	-	Sim

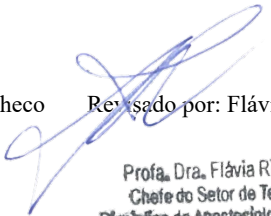
**ELABORAÇÃO (desta versão)**

Elaborado por: Eduardo Pacheco

Revisado por: Flávia Machado

Aprovado por: Coordenação médica e

de fisioterapia UTI adulto

  
Prof. Dra. Flávia Ribeiro Machado  
Chefe do Setor de Terapia Intensiva  
Disciplina de Anestesiologia, Dor e Medicina  
Intensiva do Departamento de Cirurgia  
Hospital São Paulo / UNIFESP



Hospital São Paulo  
SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina  
Hospital Universitário da UNIFESP

Sistema de Gestão da Qualidade

**PROTOCOLO: PROTOCOLO DE STATUS ASMÁTICO**

MACROPROCESSO: Assistência

PROCESSO GERAL: Atendimento Multiprofissional

PROCESSO ESPECÍFICO: Unidade de Terapia Intensiva Adulto

SUBPROCESSO (último nível): Unidade de Terapia Intensiva Adulto

DESCRIPTOR: Status asmático

Revisão:

Emissão: Setembro 2022

**Indexação:**

	PREDNISONA 20MG COMP  PREDNISONA 5MG COMP	<ul style="list-style-type: none"><li>● 40 - 60 mg/dia - 1x/dia ou 12/12h.</li></ul>	Via oral (VO)	-	Sim
<b>Metilxantinas</b>	AMINOFILINA 24MG/ML AMP 10ML	Não indicado	-	-	Sim
<b>Eletrólitos</b>	SULFATO DE MAGNESIO 10% (0,8MEQ/ML) AMP 10ML	<ul style="list-style-type: none"><li>● 2 g (20 mL) sulfato de magnésio 10% diluído em 100 mL SF 0,9%</li></ul>	Endovenoso (EV)	-	Sim
<b>Sedativos</b>	PROPOFOL 10MG/ML AMP 20ML	Ver protocolo de sedação e analgesia	Endovenoso (EV)	-	Sim
	CETAMINA S (DEXTROCETAMINA) 50MG/ML AMP 2ML	Concomitante com propofol em casos ultra-refratários:	Endovenoso (EV)	-	Sim

**ELABORAÇÃO** (desta versão)

Elaborado por: Eduardo Pacheco

Revisado por: Flávia Machado

Aprovado por: Coordenação médica e

de fisioterapia UTI adulto

Profa. Dra. Flávia Ribeiro Machado  
Chefe do Setor de Terapia Intensiva  
Disciplina de Anestesiologia, Dor e Medicina  
Intensiva do Departamento de Cirurgia  
Hospital São Paulo / UNIFESP

Escritório de Qualidade HSP – Formulário PROTOCOLO-1



Hospital São Paulo  
SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina  
Hospital Universitário da UNIFESP

Sistema de Gestão da Qualidade

**PROTOCOLO: PROTOCOLO DE STATUS ASMÁTICO**

MACROPROCESSO: Assistência

PROCESSO GERAL: Atendimento Multiprofissional

PROCESSO ESPECÍFICO: Unidade de Terapia Intensiva Adulto

SUBPROCESSO (último nível): Unidade de Terapia Intensiva Adulto

DESCRIPTOR: Status asmático

Revisão:

Emissão: Setembro 2022

**Indexação:**

	CETAMINA S+ (CLORIDRATO) 50MG/ML C/10 ML	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bolus 1mg/Kg em 2 minutos;</li></ul> <b>Manutenção:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• 0,5 - 2 mg/Kg/h enquanto durar a crise.</li></ul>			Não
<b>MEDICAMENTOS FASE DE MANUTENÇÃO - USO PRÉVIO OU INTRODUÇÃO</b>					
	FOSTAIR® (dipropionato de beclometasona 100mcg + fumarato de formoterol dihidrato 6mcg)		Inalatório (IN)	Sim	Não

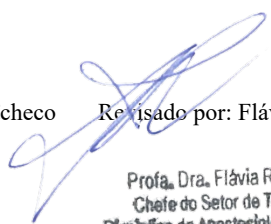
**ELABORAÇÃO (desta versão)**

Elaborado por: Eduardo Pacheco

Revisado por: Flávia Machado

Aprovado por: Coordenação médica e

de fisioterapia UTI adulto

  
Prof. Dra. Flávia Ribeiro Machado  
Chefe do Setor de Terapia Intensiva  
Disciplina de Anestesiologia, Dor e Medicina  
Intensiva do Departamento de Cirurgia  
Hospital São Paulo / UNIFESP