

1. Fluxograma do Processo

Não se aplica

2. Termos e Definições

Orientar o manejo do manejo de broncoespasmo em pacientes com Coronavírus (COVID-19).

3. Descrição das Atividades/ Responsabilidades

A diretriz orienta as formas mais indicadas do manejo de broncoespasmo para paciente com necessidade de oxigenoterapia e medicações com suspeitas de COVID-19.

Enfermeiros, Equipe Multidisciplinar em contato com o paciente, Médicos, Enfermagem, Fisioterapeutas.

Utilizar sempre as recomendações fornecidas no protocolo **Uso racional de EPI no atendimento de pacientes suspeitos de infecção por Coronavírus COVID-19.**

Utilizar sempre as recomendações fornecidas na instrução de trabalho **Manejo da Oxigenoterapia do COVID-19.**

3.1 Protocolo Manejo Broncoespasmo em Caso Suspeito ou Confirmado de COVID-19

As alternativas para o tratamento do broncoespasmo se reduzem aos dosadores milimetrados e medicações injetáveis, diferindo sobre o prisma do tratamento convencional que engloba os nebulizadores como foco no tratamento do broncoespasmo.

Sabido que a inalação convencional, com a formação de névoa, coloca a equipe assistencial em risco pela dispersão de aerossóis, tornando as alternativas terapêuticas mais limitadas neste quesito de tratamento.

Caso o cateter nasal de O₂ não seja suficiente para atingir uma saturação acima de 94% e o paciente apresentar qualquer tipo de broncoespasmo, o caso deverá ser considerado como severo.

Se houverem sibilos discretos, localizados ou espalhados fazer uso de dosador milimetrado com **SALBUTAMOL 100MCG/DOSE**, indicado 3 séries num intervalo de 20 minutos, o uso se dará com espaçador reutilizado, 30 dias de uso em cada paciente, após 30 dias realizar a troca e encaminhar para CME.

Importante **NÃO NEBULIZAR.**

O uso de broncodilatadores por via endovenosa é advogado, está indicado o uso do BRYCANIL (Terbutalina), recomendada dose de até 2 ampolas de 4/4 horas.

Paciente não respondedor ao uso da medicação inalatória com o espaçador e da medicação subcutânea.

Está indicada o uso de sulfato de magnésio, esta medicação é antagonista a cálcio no músculo liso promovendo broncodilatação. Dose remendada: MgSO410% - 10 a 20g + SF 0,9% em 100ml, correr em 30 min. Não recomendado uso no tratamento de manutenção.

Realizar gasometria arterial de controle após uma hora dessas medidas. Caso haja acidose respiratória após todas as medidas considerar como broncoespasmo grave.

Adrenalina pode ser útil em crises de broncoespasmo, porém devemos ter atenção aos efeitos colaterais como arritmias e isquemia miocárdica, especialmente se aplicado via endovenosa. Pode ser útil quando aplicado em Via IM ou SC, a dose recomendada é 0,3 a 0,5mg em adultos. Como medicação de resgate caso as medicações anteriores não tenham o efeito desejado.

ATENÇÃO AO USO DA VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA, NÃO REALIZAR A TERAPIA CASO NÃO POSSUAM OS MATERIAIS DESCRITOS ABAIXO:

A ventilação mecânica não invasiva pode ser um recurso satisfatório para reversão do broncoespasmo, deve ser utilizada com ressalva pelo alto risco de produção de aerossóis por isso deve obedecer a critérios **bem rigorosos**.

Utilizar apenas em pacientes conscientes que não apresentem confusão mental, para evitar o risco de desconexão do paciente durante o uso.

Poderá ser utilizada com **máscara não ventilada** com característica de **facial total**, possuir uma vedação excelente sem escape de ar nas bordas de contato com a face.

Utilizada em ramo duplo no ventilador mecânico, posicionar o filtro HME proximal ao paciente e filtro HEPA na saída expiratória. Sempre que necessitar algum ajuste na face do paciente colocar o ventilador em standby antes de desconectar do paciente.

Uso em ramo único, máscara não ventilada, posicionar o filtro HEPA, logo na saída na máscara não ventilada, após o filtro posicionar a saída expiratória do Bipap. Os cuidados com a vedação da máscara e colocação do modo standby são os mesmos da utilização do ramo duplo.

Apos 30 minutos realizar avaliação do paciente, se apresentam necessidade de O2 suplementar maior que 10 l/min, parâmetros ventilatórios delta P de >10 cmH2O ou EPAP >10 cmH2O para manter SpO2 >94% ou FR ≤24 rpm, estão indicados UTI e possível IOT.

A intubação orotraqueal precoce é preconizada uma vez que existem particularidades de segurança necessárias ao procedimento, não devendo ser totalmente emergencial para prevenir contaminação dos profissionais de saúde e aumentar a segurança do paciente.

Consultar instrução de trabalho **IT.FISIO.0462 - Intubação Orotraqueal para pacientes Suspeitos ou Confirmados - COVID-19.**

Pacientes com broncoespasmo severo e particularidades de segurança no manejo dos pacientes com casos suspeitos ou confirmados, os mesmos deverão ser **intubados precocemente**, se antecipando à dificuldade de ventilação desses pacientes.

A ventilação mecânica deve obedecer a um padrão obstrutivo elevado, considerando existência de auto PEEP e procurando mitigar seus efeitos hemodinâmicos, aumentando o tempo Expiratório.

Considerar sempre indicativos de falência respiratória, como sinais e sintomas, gasometria arterial e exames complementares, postergar a intubação orotraqueal pode levar o paciente ao nível maior de gravidade e maior mortalidade.

Avaliações periódicas das equipes médicas, de fisioterapia e enfermagem não primordiais para uma condução satisfatória do caso, analisando se há melhora clínica ou seguirá para próximo passo terapêutico.

4. Registros

Prontuário do paciente