



RioSaúde

PROTOCOLO CLÍNICO

**ATENDIMENTO AO
PACIENTE COM SUSPEITA
DE BRONQUIOLITE VIRAL
AGUDA**

RIO DE JANEIRO, 2025

ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE BRONQUIOLITE VIRAL AGUDA

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO
2. OBJETIVOS
3. ABRANGÊNCIA
4. DEFINIÇÕES E SIGLAS
5. RESPONSABILIDADES
6. DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO
 - 6.1. Atribuições
 - 6.2. Oxigenoterapia suplementar
 - 6.3. Medicação para indução para Intubação Orotraqueal
 - 6.4. Parâmetros Ventilatórios Iniciais
7. FORMULÁRIOS E/OU DOCUMENTOS RELACIONADOS
8. REFERÊNCIAS
9. TRATAMENTO DA DOCUMENTAÇÃO
10. MODIFICAÇÕES EM RELAÇÃO À REVISÃO ANTERIOR
11. ANEXOS
 - 11.1. Anexo I - Tabela de Sinais, Sintomas e Fatores de Risco para Agravamento da Bronquiolite Viral Aguda
 - 11.2. Anexo II - Fluxograma de Atendimento
 - 11.3. Anexo III - Sugestão de Orientações Domiciliares
 - 11.4. Anexo IV - Sugestão de Prescrição para UPAs e CERs

RESUMO DE REVISÕES

MÊS/ANO	DESCRIÇÃO	PRÓXIMA REVISÃO
05/2017	Emissão Inicial	03/2027
03	Versão	

APROVAÇÕES

ELABORAÇÃO	CHEFIA	COMISSÃO PERMANENTE DE AVALIAÇÃO DE DOCUMENTOS	NÚCLEO DE QUALIDADE	DIRETORIA
Thiago da Silva Zorahyde Pires Diego Queiroz Andrea Garcia	Rafael Alvim Marcos Aurelio Pinto da Silva	Guilherme Santana	Alessandrée Lopes Cristiane Pacheco	Bruno Sabino

PROTOCOLO CLÍNICO

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTC.DEA.006	03/2025	03/2027	3/17
ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE BRONQUIOLITE VIRAL AGUDA			

1. INTRODUÇÃO

A Bronquiolite Viral Aguda (BVA) é uma infecção viral comum da infância com predomínio na população pediátrica menor de 2 anos de idade. Possui inúmeros agentes etiológicos, sendo o Vírus Sincicial Respiratório (VSR) o mais prevalente, (41,7% até 83,6% dos casos). Dentre os demais agentes, tem-se: Rinovírus, Adenovírus, Metapneumovírus Humano, Influenza A e B, Parainfluenza 3 e Mycoplasma.

A apresentação clínica inicial consiste em sinais e sintomas de via aérea superior com indicação de acompanhamento ambulatorial, conforme ANEXO 1, que podem progredir para vias aéreas inferiores. Com esta evolução haverá sinais e sintomas Moderados e Graves, onde o paciente necessitará de internação e tratamento em unidade hospitalar, conforme ANEXO 2.

Pacientes com idade menor do que 3 meses, Prematuros, Portadores de Cardiopatia Congênita descompensada, Doenças Pulmonares e Condições Sociais desfavoráveis possuem maior risco para evolução com gravidade.

Esta entidade nosológica possui padrão de distribuição sazonal, climas secos e frios, e caráter autolimitado (5 a 10 dias). De acordo com a Secretaria Municipal do Rio de Janeiro, entre a 19ª e 22ª semana epidemiológica, 1/3 dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) do país foi pela infecção pelo VSR. Estima-se que 2,7% dos pacientes são internados e 1,5% necessitam de Ventilação Mecânica. A mortalidade global está em 2,3%.

O tratamento domiciliar consiste no controle da sintomatologia e higienização das vias aéreas, além do acompanhamento dos sinais e sintomas. Se houver piora clínica, retornar à unidade de Saúde, conforme ANEXO III.

Fisiopatologia:

- Após 4 a 6 dias de incubação, o lactente apresenta manifestações de resfriado comum (infecção de vias aéreas superiores – IVAS), como febre, congestão, rinorreia, irritabilidade e hiporexia.
- Dois a três dias após início dos sintomas de IVAS, 1/3 dos lactentes pode evoluir com bronquiolite – inflamação aguda, edema e necrose das células epiteliais das pequenas vias aéreas.
- Geralmente, a bronquiolite se manifesta com piora da tosse, taquipneia, sibilos ou estertores crepantes, batimento de asa nasal e retrações torácicas.

PROTOCOLO CLÍNICO

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTC.DEA.006	03/2025	03/2027	4/17
ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE BRONQUIOLITE VIRAL AGUDA			

- A hiperinsuflação se desenvolve à medida que o ar fica aprisionado nos bronquíolos ocluídos. O ar aprisionado nos alvéolos é absorvido, resultando em atelectasia distal à obstrução
- O aumento do trabalho respiratório e o declínio da função pulmonar ocorrem devido à falta de correspondência entre ventilação e perfusão, resultando em aumento da hipoxemia
- A severidade da bronquiolite é maior entre o quarto e o sexto dias de evolução dos sintomas catarrais e apresenta grande oscilação clínica – períodos de melhora e piora ao longo do dia, independente das medidas instituídas

2. OBJETIVOS

- Capacitar as Equipes Assistenciais das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e CERs geridos pela RIOSAÚDE na Identificação, Manejo e tomada de decisão adequada.
- Padronizar fluxos assistenciais para pacientes com suspeita de BVA.

3. ABRANGÊNCIA

UPAs e CERs geridos pela RIOSAÚDE.

4. DEFINIÇÕES E SIGLAS

4.1. Definições

Não se aplica.

4.2. Siglas

BVA - Bronquiolite Viral Aguda

CER - Coordenação de Emergência Regional

PROTOCOLO CLÍNICO

Nº DOCUMENTO

PTC.DEA.006

DATA

03/2025

REVISÃO

03/2027

PÁGINAS

5/17

ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE BRONQUIOLITE VIRAL AGUDA

IRPM - Incursões respiratórias por minuto

SMS-RJ - Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

SRAG - Síndrome Respiratória Aguda Grave

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

VSR - Vírus Sincial Respiratório

5. RESPONSABILIDADES

ATIVIDADE	RESPONSABILIDADE
5.1 Realizar abertura de Ficha de Atendimento.	Recepcionista
5.2 Realizar classificação de risco.	Enfermeiro
5.3 Realizar consulta clínica.	Médico
5.4 Administrar medicamentos prescritos.	Técnico de Enfermagem
5.5 Coletar exames laboratoriais.	Técnico de Coleta
5.6 Realizar exame de imagem.	Técnico de Radiologia
5.7 Realizar transferência para Unidade Hospitalar.	Núcleo Interno de Regulação
5.8 Realizar registro em prontuário.	Todos os Envolvidos

PROTOCOLO CLÍNICO

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTC.DEA.006	03/2025	03/2027	6/17
ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE BRONQUIOLITE VIRAL AGUDA			

6. DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

6.1. Atribuições

Recepção: Solicitar documento de Identidade da Criança e do Responsável para a Abertura de Ficha de Atendimento.

Enfermeiro da Classificação de Risco: Realizar Anamnese, Verificação, Registro de Sinais Vitais e designar a classificação de risco.

Médico: Realizar Anamnese, Exame Físico, Hipótese Diagnóstica, Prescrição Médica, Reavaliação (quando necessária e/ou solicitada), Alta médica (para domicílio ou transferência para unidade hospitalar). Quando houver necessidade de transferência, o médico assistente informará a família da importância desta e solicitará inserção na plataforma de regulação de leitos. Fará a Prescrição de Oxigenoterapia Não invasiva e Invasiva, coleta de Gasometria Arterial e realizar Intubação Orotraqueal quando necessária, assim como ajuste de Parâmetros Ventilatórios.

Enfermeiro: Realizar cuidados de enfermagem, aprazamento das medicações e estar atento aos sinais de instabilidade do paciente, além de dar suporte quando houver indicação de via aérea artificial. Avaliar sinais de alerta que incluem:

- Dificuldade para respirar com esforço ventilatório (batimento de asa de nariz, uso de musculatura acessória)
- Taquipneia
- Sibilos (chiado) ao respirar
- Tosse grave
- Cianose ou palidez dos lábios e extremidades)
- Pausas respiratórias, em bebês, o primeiro sinal pode ser uma pausa entre as respirações que dura mais de 15 a 20 segundos)
- Vômito e dificuldade para ingerir líquidos
- Inquietação e ansiedade

PROTOCOLO CLÍNICO			
Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTC.DEA.006	03/2025	03/2027	7/17
ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE BRONQUIOLITE VIRAL AGUDA			

Técnico de Enfermagem: Administrar medicações prescritas, cuidados de enfermagem e observar sinais de agravamento enquanto o paciente permanecer na unidade.

Técnico de Laboratório: Realizar coleta de material, quando solicitado pelo médico.

Técnico de Radiologia: Realizar exame de imagem quando solicitado pelo médico.

Núcleo Interno de Regulação: Inserir o paciente na Plataforma de Regulação, quando houver indicação de internação hospitalar.

6.2. Oxigenoterapia suplementar

- Cateter Nasal: 1 a 4 L/min
- Máscara não reinalante com Reservatório: 7 a 10 L/min
- Cateter Nasal de Alto Fluxo: Fluxo 2L/min O₂/ Kg (Até 10 Kg)
Fluxo 20L/min + 0,5 (Kg que excedem 10 kg)
- CPAP em Pronga: PEEP 5 a 7 cmH₂O, FiO₂ máxima 60%
- VNI em Pronga e em Máscara: P_{insp} 10 cmH₂O, PEEP 5-8 cmH₂O, FR adequada idade, FiO₂ máxima 60%
- Considerar IOT se: Hipoxemia refratária à utilização de Pressão Positiva não invasiva; Necessidade de FiO₂ > 60%; Piora do nível de Consciência; Instabilidade Hemodinâmica; agravamento clínico ou desequilíbrio ácido-base com hiperlactatemia.

6.3. Medicação para indução para Intubação Orotraqueal

Usar preferencialmente a medicação 1 ou 2. Em caso de ausência das medicações 1 e 2, considerar a utilização das medicações 3 e 4, sabendo que possuem efeito cardiodepressor, com redução da resistência vascular periférica e bradicardia.

PROTOCOLO CLÍNICO

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTC.DEA.006	03/2025	03/2027	8/17
ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE BRONQUIOLITE VIRAL AGUDA			

1- Cetamina (50 mg/ml): $\text{Peso} \times \text{Dose} (0,5 \text{ a } 2,0\text{mg}) / 50 \rightarrow$ Fornecerá o volume em mililitros para administração em bólus.

2- Etomidato (2mg/ml): $\text{Peso} \times \text{Dose} (0,2\text{mg}) / 2 \rightarrow$ Fornecerá o volume em mililitros para administração em bólus.

3- Fentanil (50mcg/ml): $\text{Peso} \times \text{Dose} (1 \text{ a } 2\text{mcg}) / 50 \rightarrow$ Fornecerá o volume em mililitros para administração em bólus.

4- Midazolam (5mg/ml): $\text{Peso} \times \text{Dose} (0,1 \text{ a } 0,2) / 5 \rightarrow$ Fornecerá o volume em mililitros para administração em bólus.

6.4. Parâmetros Ventilatórios Iniciais

RN		Lactente	
PPI (cm/H2O)	18 – 20	PPI (cm/H2O)	18 – 20
Volume (ml/kg)	3 – 5	Volume (ml/kg)	6 – 10
PEEP (cm/H2O)	5 – 7	PEEP (cm/H2O)	6 – 8
FR (irpm)	30 – 60	FR (irpm)	30 – 40
T Insp (seg.)	0,36 – 0,45	T Insp (seg.)	0,5 – 0,7
FiO2	*	FiO2	*
Fluxo	6 – 8	Fluxo	8 – 10

* Iniciar com 100% (de acordo com a gasometria) e Ajustar o MENOR NÍVEL necessário para Saturação periférica de O2 > 94%

PROTOCOLO CLÍNICO

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTC.DEA.006	03/2025	03/2027	9/17
ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE BRONQUIOLITE VIRAL AGUDA			

7. FORMULÁRIOS E/OU DOCUMENTOS RELACIONADOS

Não se aplica.

8. REFERÊNCIAS

- Ministério da Saúde-a, *NOTA TÉCNICA Nº 41/2023-CGVDI/DPNI/SVSA/MS*. Orientações acerca das medidas de prevenção e controle das doenças respiratórias, incluindo o uso de máscaras, considerando o cenário epidemiológico atual. Disponível em: [processo-25000147604202263 \(www.gov.br\)](https://www.gov.br/processo-25000147604202263)
- Ministério da Saúde-b, *NOTA TÉCNICA Nº 30/2023-CGVDI/DPNI/SVSA/MS*. Aumento de casos de Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por vírus respiratórios de importância em saúde pública na população pediátrica. Disponível em: [NOTA-TECNICA-No-30-de-2023-CGVDI.DPNI.SVSA.MS.pdf \(saude.ms.gov.br\)](https://saude.ms.gov.br/NOTA-TECNICA-No-30-de-2023-CGVDI.DPNI.SVSA.MS.pdf)
- OLIO, C.C.D; SANT'ANNA, M.F.P.; SANT'ANNA, C.C. Tratamento da Bronquiolite Viral Aguda. Residência Pediátrica; 2021: Ahead of Prin. DOI: 10.25060/residpediatr-2021.v11n3-186
- SANTOS, D.D.; NEVES, S.A.S; MOCELLIN, A.S. Morbiletalidade por bronquite e bronquiolite aguda em crianças menores de um ano: estudo nacional de série histórica, 2013-2022. Research, Society and Development, v. 12, n. 9, e0512943143, 2023 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i9.43143>
- QUEIROZ, I.B.G. et al. Manejo da Bronquiolite Viral Aguda na população pediátrica: evidências científicas de novos ensaios clínicos randomizados. Brazilian Journal of Health Review, Curitiba, v. 6, n. 5, p.26094-26106, sep./oct., 2023
- HERTER, E.C. et al. Manejo da bronquiolite e da sibilância recorrente em pré-escolares. J Bras Pneumol. 2023;49(5):e20230298.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: **Manejo Clínico da Bronquiolite em Lactentes**. Rio de Janeiro, 25 out. 2024. Disponível

PROTOCOLO CLÍNICO

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTC.DEA.006	03/2025	03/2027	10/17
ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE BRONQUIOLITE VIRAL AGUDA			

em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-crianca/manejo-clinico-da-bronquiolite-em-lactentes/acessado em25> de março de 2025

9. TRATAMENTO DA DOCUMENTAÇÃO

Tipo Documental	Código de Classificação	Série Documental	Classificação de Acesso	Prazo de Guarda		Destinação
				Arquivo Corrente	Arquivo Intermediário	
Prontuário do paciente	18.01.01.001	Prontuário do paciente	Restrito	A vigência esgota-se com o último registro	20 anos	Eliminação (de acordo com procedimentos técnicos estabelecidos pela Portaria "N" GI/AGCRJ nº 02, de 31 de janeiro de 2022)

10. MODIFICAÇÕES EM RELAÇÃO À REVISÃO ANTERIOR

Versão	Alteração	Data	Elaboração/Revisão	Validação	Aprovação
00	Emissão inicial	02/05/2017	Jorge Aquino	Diretor Executivo Assistencial	Diretor Executivo Assistencial
—	Validação anual	20/06/2018	_____	_____	Jorge Aquino
—	Validação anual	30/07/2019	_____	Coordenadora Médica de apoio a gestão	Diretor Executivo Assistencial
01	Alteração da codificação documental PAP B-01-01. Revisão	16/01/2024	Dr. Diego Araújo	Dr. Daniel da Mata	Dr. Daniel da Mata

PROTOCOLO CLÍNICO

Nº DOCUMENTO

DATA

REVISÃO

PÁGINAS

PTC.DEA.006

03/2025

03/2027

11/17

ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE BRONQUIOLITE VIRAL AGUDA

	Sistêmica do documento.				
02	Ajustada a versão documental. Inclusão de atribuições do Médico e Enfermeiro. Inclusão de Orientação para Oxigenoterapia e Medicações para indução na IOT e Parâmetros ventilatórios	01/05/2024	Dr. Diego Araújo Bruna Rafaela Oliveira Dr Helder Silva	Dr. Rafael Alvim	Dr. Daniel da Mata
03	Ajustada a versão documental. Incluído sinais de alarme e fisiopatologia	10/03/2025	Thiago da Silva Zorahyde Pires Diego Queiroz Andrea Garcia	Dr. Rafael Alvim Marcos Aurelio Pinto da Silva	Dr. Bruno Sabino

PROTOCOLO CLÍNICO

Nº DOCUMENTO

PTC.DEA.006

DATA

03/2025

REVISÃO

03/2027

PÁGINAS

12/17

ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE BRONQUIOLITE VIRAL AGUDA

11. ANEXOS

11.1. Anexo I - Tabela de Sinais, Sintomas e Fatores de Risco para Agravamento da Bronquiolite Viral Aguda

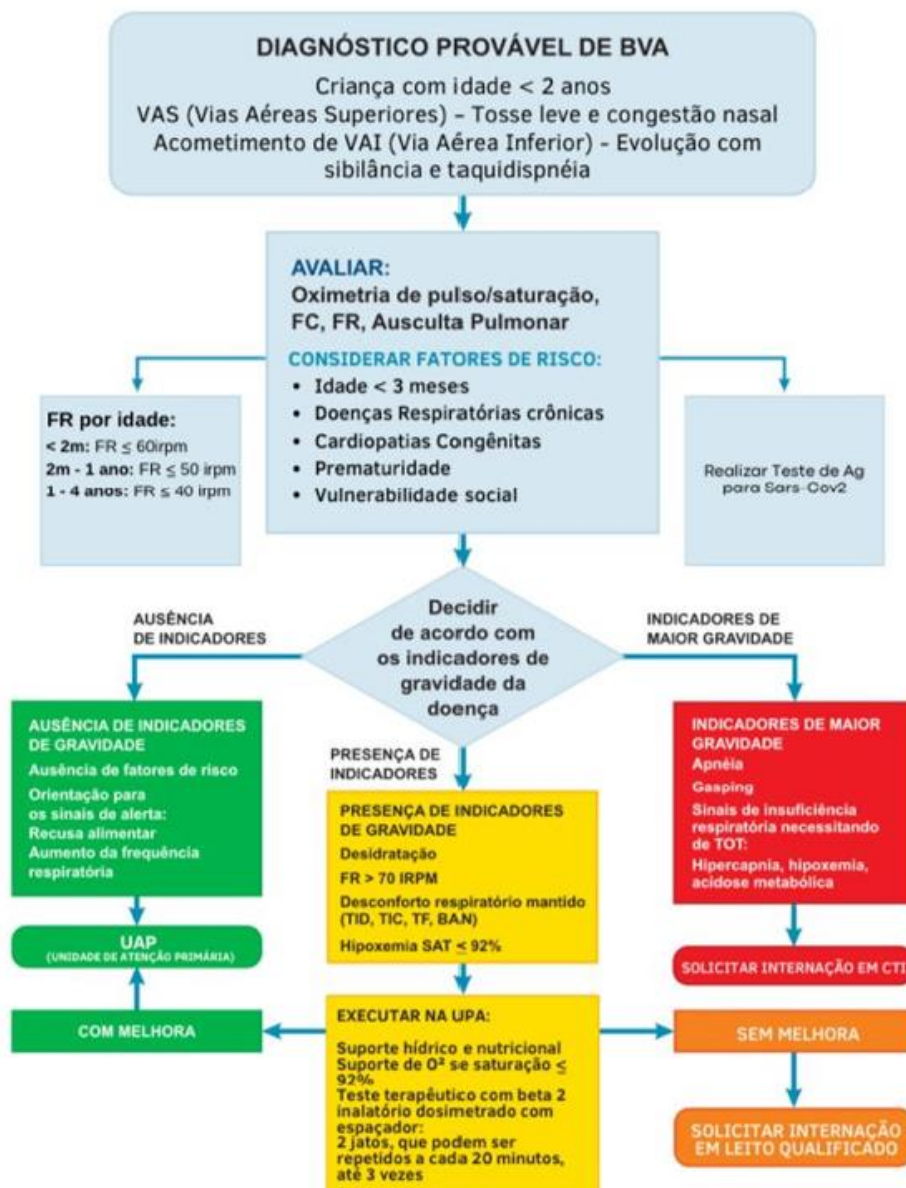
Relacionados a Via aérea superior - Manifestação LEVE	Relacionados a Via aérea Inferior - Manifestação de Gravidade
Taquipneia (< 60 irpm)	Taquipneia (FR $\geq$ 60 irpm)
Congestão Nasal / Coriza	Gasping / Gemência
Hiporexia	Utilização de Musculatura Acessória
Irritabilidade	Hipoxêmia / Hipercapnia
Tosse	Desidratação
Fatores de Risco para desenvolvimento de formas graves	
Prematuridade	Idade Menor de 3 meses
Doença Respiratória Crônica	Cardiopatia Congênita
Vulnerabilidade Social / Desnutrição	Imunossupressão

ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE BRONQUIOLITE VIRAL AGUDA

11.2. Anexo II - Fluxograma disponibilizado pela SMS-RJ



Quando suspeitar de BVA – Bronquiolite Viral Aguda?



PROTOCOLO CLÍNICO

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTC.DEA.006	03/2025	03/2027	14/17
ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE BRONQUIOLITE VIRAL AGUDA			

11.3. Anexo III - Sugestão de Orientações Domiciliares

Sugestão de Prescrição Ambulatorial

Uso Oral

1. Paracetamol (Solução oral) ----- 1 gota por quilo (Máx 35 gotas)
Até 6/6 horas, se Temperatura Axilar > 37,8°C

ou
2. Dipirona 500mg/ml (Solução Oral) ----- X gotas (X = 0,6 x Quilo de Peso)
Até 6/6 horas, se Temperatura Axilar > 37,8°C

Investigar ALERGIA AO MEDICAMENTO

Uso Inalatório Regular (Se houver resposta satisfatória no teste terapêutico inicial)

3. Salbutamol spray (100mcg/jato) ----- 1 Jato à cada 2-3 kg

Utilizar Espaçador e Máscara 6/6h, se precisar reduzir o intervalo, fazer conduta de resgate e procurar atendimento médico

Uso Inalatório de Resgate (SOS) (Se houver resposta satisfatória no teste terapêutico inicial)

4. Salbutamol spray (100mcg/jato) ----- 2 a 4 Jatos

Utilizar Espaçador e Máscara 20/20 min por três vezes.

PROTOCOLO CLÍNICO

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTC.DEA.006	03/2025	03/2027	15/17
ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE BRONQUIOLITE VIRAL AGUDA			

Uso Nasal

5. Lavagem Nasal com Soro Fisiológico antes de cada mamada ou se necessário

Orientações Gerais

6. Manter Aleitamento Materno ou Mamadeira com periodicidade e volumes habituais
7. Evitar Tabagismo passivo e contato físico (Colo) com tabagista com impregnação da fumaça
8. Manter mãos e brinquedos higienizados com água e sabão.
9. Observação de Sinais de Agravamento: taquipnéia, aumento do esforço respiratório, Cianose, Irritabilidade ou Sonolência, Recusa alimentar mantida com redução da urina, Tosse e Febre mantidas.

PROTOCOLO CLÍNICO

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTC.DEA.006	03/2025	03/2027	16/17
ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE BRONQUIOLITE VIRAL AGUDA			

11.4. Anexo IV - Sugestão de Prescrição para UPA's e CER's

Sugestão de Prescrição para UPA's e CER's

Nutrição

1. Aleitamento materno, Mamadeira ou alimentação Habitual

HV parcial - de acordo com a avaliação médica

Se FR < 40 irpm (< 2 meses); < 30 irpm (2m-1ano) e < 25 irpm (1-4anos) e/ou

Cateter Nasal $\leq$ 2 l/min e SpO2 > 94%

ou

2. Enteral por Sonda

HV parcial - de acordo com a avaliação médica

Se FR 40-50 irpm (< 2 anos); 30-40 irpm (2m-1ano) e 25-30 irpm (1-4anos) e/ou

Cateter Nasal $\leq$ 2 l/min e SpO2 > 94% ou em Ventilação Mecânica

ou

3. HV plena

Se Taquipneia e Esforço respiratório com utilização de musculatura acessória e/ou

Cateter Nasal 2-4 L/min ou em Ventilação Mecânica

Uso Oral (Se não houver contra-indicação)

10. Paracetamol (Solução oral) ----- 1 gota por quilo de Peso (Máx 35 gotas)

Até 6/6 horas, se Temperatura Axilar > 37,8°C

PROTOCOLO CLÍNICO

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTC.DEA.006	03/2025	03/2027	17/17
ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE BRONQUIOLITE VIRAL AGUDA			

ou

11. Dipirona 500mg/ml (Solução Oral) ----- X gotas (X = 0,6 x Quilo de Peso)

Até 6/6 horas, se Temperatura Axilar > 37,8°C

Investigar ALERGIA AO MEDICAMENTO

Uso injetável (Se estiver em dieta Zero ou em Ventilação Mecânica)

12. Dipirona 500mg/ml (Injetável) ----- Y ml (X = 0,05 x Quilo de Peso)

Administrar **Y ml** Até 6/6 horas, se Temperatura Axilar > 37,8°C

Investigar ALERGIA AO MEDICAMENTO

Uso Inalatório de Resgate (SOS) (Se houver resposta satisfatória no teste terapêutico inicial)

13. Salbutamol spray (100mcg/jato) ----- 2 a 4 Jatos

Utilizar Espaçador e Máscara 20/20 min por três vezes.

Uso Inalatório Regular (Se houver resposta satisfatória no teste terapêutico inicial)

14. Salbutamol spray (100mcg/jato) ----- 1 Jato à cada 2-3 kg

De a acordo com avaliação clínica de 1/1h até 6/6h