

ROTINA DE ASMA NO PSI HRAS

Dr. Fabrício Prado Monteiro.

CONCEITO E INTRODUÇÃO:

A asma pode ser definida como uma doença inflamatória crônica das vias aéreas. A inflamação crônica provoca um aumento da hiperresponsividade das vias aéreas e acarreta episódios recorrentes de sibilância, falta de ar, opressão torácica e tosse, particularmente a noite ou no começo da manhã. Esses episódios estão associados a obstrução nasal das vias aéreas e, em geral, são reversíveis, espontaneamente ou com o tratamento.

Os dados obtidos pelo **Sistema de informações hospitalares do SUS (DATA-SUS)**, apontam que 17,7% de todas as internações por causa respiratórias são devido a asma. Por outro lado, ocorreu uma ligeira queda do número de internações por ano decorrentes de asma no Brasil, entre 2004 (329.182 casos) e 2006 (272.712 casos), com cerca de 50% das internações de menores de 10 anos de idade. Quanto as taxas de mortalidade por asma, os dados apontam uma média de 0,24% de óbitos entre 2003 e 2005, somando-se todas faixas etárias.

No Brasil, dados sobre a prevalência de asma, através do estudo **ISAAC** entre escolares de 6 a 7 anos e de 13 e 14 anos, mostraram grandes variações regionais, mas com percentagem que atingem valores comparáveis as de países de alta prevalência, tais como 24,3% e 19%, respectivamente.

Em nosso hospital, HRAS, realizamos análise da abordagem do atendimento as exacerbações de sibilância infantil, considerando a avaliação da asma de risco, a avaliação da gravidade e do manejo da crise de asma realizando estudo de coorte retrospectivo, com análise das Guias de Atendimento de Emergência (GAE) atendidos durante a primeira semana de julho de 2003, selecionando aquelas com diagnósticos de asma, bronquite, sibilância ou broncoespasmo (BE), como marcadores de exacerbação de sibilância.

De um total de 1167 atendimentos, 130 foram por diagnósticos tidos como marcadores de exacerbação de sibilância. A idade variou entre 2

meses e 11 anos. Nos anos seguintes realizamos treinamento da equipe para divulgação e adoção de protocolos de atendimento para uniformização e melhora da qualidade desse e essa rotina basea-se fundamentalmente na **IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo Da Asma.**

DIAGNOSTICO E CLASSIFICACAO:

As crises de asma devem ser classificadas quanto a sua gravidade, vide quadro abaixo, e a terapeutica instituida imediatamente:

Achado*	Muito grave	Grave	Moderada/leve
Gerais	Cianose, sudorese, exaustão	Sem alterações	Sem alterações
Estado mental	Agitação, confusão, sonolência	Normal	Normal
Dispnéia	Grave	Moderada	Ausente/leve
Fala	Frases curtas/monossilábicas. Lactente: maior dificuldade alimentar	Frases incompletas/parciais. Lactente: choro curto, dificuldade alimentar	Frases completas
Musculatura acessória	Retrações acentuadas ou em declínio (exaustão)	Retrações subcostais e/ou esternocleidomastóideas acentuadas	Retração intercostal leve ou ausente
Sibilos	Ausentes com MV localizados ou difusos	Localizados ou difusos	Ausentes com MV normal/localizados ou difusos
FR (irm)**	Aumentada	Aumentada	Normal ou aumentada
FC (bpm)	> 140 ou bradicardia	> 110	≤ 110
PFE (% melhor ou previsto)	< 30%	30-50%	> 50%
SaO ₂ (ar ambiente)	< 90%	91-95%	> 95%
PaO ₂ (ar ambiente)	< 60 mmHg	Ao redor de 60 mmHg	Normal
PaCO ₂ (ar ambiente)	> 45 mmHg	< 40 mmHg	< 40 mmHg

* A presença de vários parâmetros, mas não necessariamente todos, indica a classificação geral da crise.

** FR em crianças normais: < 2 meses, < 60 /min; 2-11 meses, < 50/min; 1-5 anos, < 40 /min; 6-8 anos, < 30 /min; > 8 anos = adulto.

MV: murmúrio vesicular; FR: frequência respiratória; FC: frequência cardíaca; PFE: pico de fluxo expiratório; SaO₂: saturação de oxigênio no sangue arterial; PaO₂: pressão parcial de oxigênio no sangue arterial; PaCO₂: pressão parcial de gás carbônico no sangue arterial.

Quadro 10 - Indicações de exames complementares.

Gasometria	Sinais de gravidade, PFE < 30% após tratamento ou SaO₂ < 93%
Radiografia de tórax	Possibilidade de pneumotórax, pneumonia ou necessidade de internação por crise grave
Hemograma	Suspeita de infecção. Neutrófilos aumentam quatro horas após o uso de corticosteróides sistêmicos
Eletrólitos	Coexistência com doenças cardiovasculares, uso de diuréticos ou altas doses de beta-2 agonistas, especialmente se associados a xantinas e corticosteróides

PFE: pico de fluxo expiratório; SaO₂: saturação de oxigênio no sangue arterial.

FARMACOTERAPIA

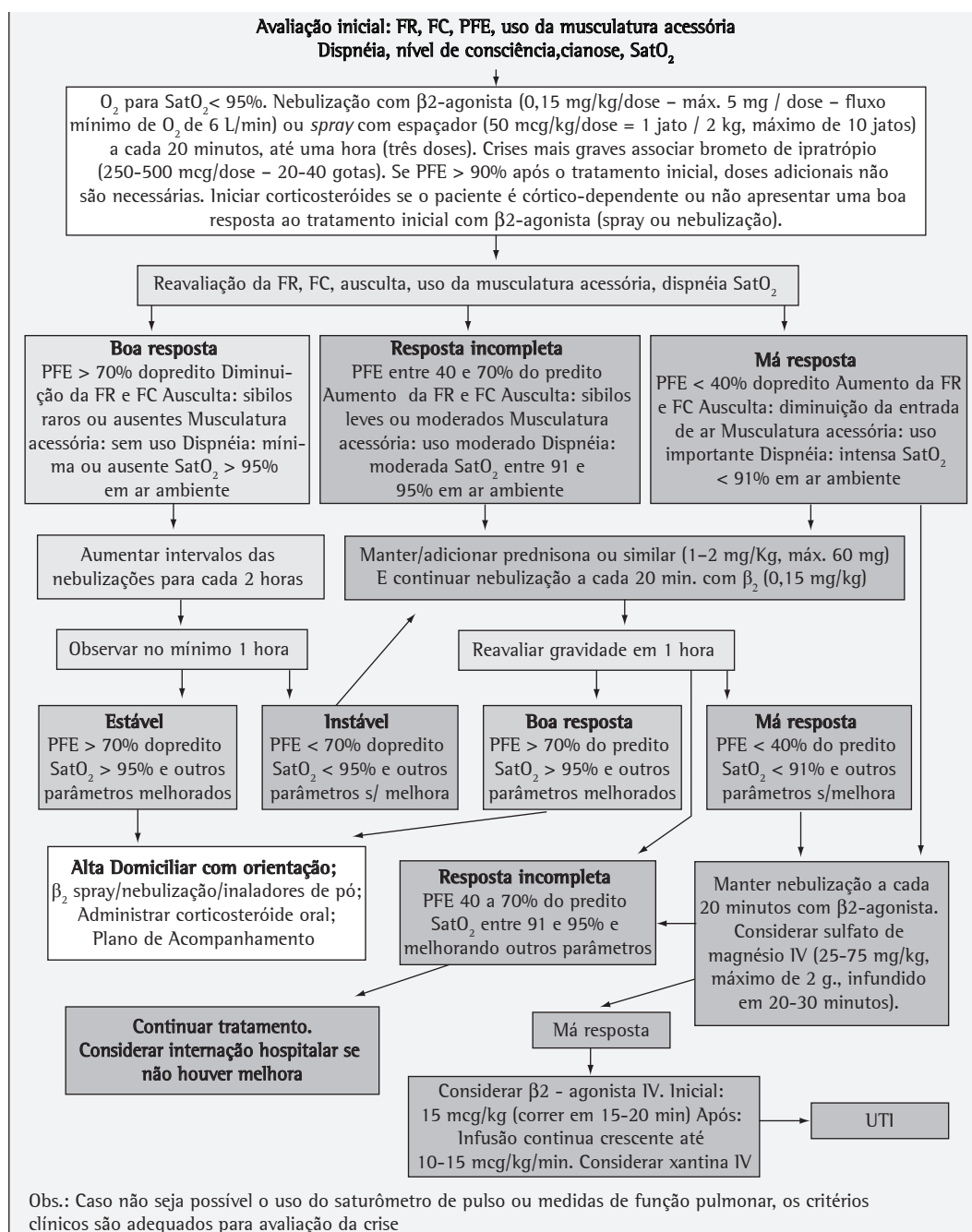


Figura 3 – Algoritmo de tratamento da crise de asma da criança no pronto-socorro.

A farmacoterapia na crise de asma atualmente promove o controle anti-inflamatório e não somente o controle sintomático, feito com broncodilatadores de curta-duração. Ainda, sempre que possível, reiterar o tratamento da asma e a educação dessa a nível ambulatorial, seguindo uma outra classificação (de controle).

ALGORITIMOS E QUADROS DE RESUMO:

Quadro 11 – Critérios para o diagnóstico da asma de difícil controle.

Maiores	
<ul style="list-style-type: none">• Altas doses de CI (CI em mcg/dia)<ul style="list-style-type: none">- Adultos: beclometasona > 2.000, budesonida > 1.600 e fluticasona > 1.000- Crianças: beclometasona ou budesonida > 800 e fluticasona > 400• Corticosteróides orais \geq 50% dos dias do ano	
Menores	
<ul style="list-style-type: none">• Necessidade de outro medicamento diário além dos CI<ul style="list-style-type: none">- LABA, antagonistas dos leucotrienos ou teofilina• Necessidade diária ou quase diária de beta-2 agonistas de curta duração• Obstrução persistente do fluxo aéreo<ul style="list-style-type: none">- $VEF_1 < 80\%$ previsto, variação diurna do pico de fluxo expiratório > 20%• Uma ou mais exacerbações com necessidade de ida a pronto-socorro por ano• Três ou mais cursos de corticosteróide oral por ano• Piora rápida após redução de pelo menos 25% da dose de corticosteróides orais ou CI• História anterior de exacerbação de asma quase fatal	

Combinação dos critérios *American Thoracic Society* 2000 e *European Respiratory Society* 1999.

CI: corticosteróide inalatório; LABA: beta agonista de ação prolongada; VEF_1 : volume expiratório forçado no primeiro segundo.

Quadro 12 – Conteúdo educacional programático (O “ABCD” da asma).

<ul style="list-style-type: none">• Abordar os fatores agravantes e orientar como evitá-los• Buscar medicamentos apropriados e com técnica adequada• Colocar em prática a execução de um plano de ação• Descrever os efeitos colaterais dos medicamentos usados e saber como minimizá-los
--

Quadro 15 – Principais causas de dificuldades de adesão ao tratamento.

Ligadas ao médico	<ul style="list-style-type: none">• Má identificação dos sintomas e dos agentes desencadeantes• Indicação inadequada de broncodilatadores• Falta de treinamento das técnicas inalatórias e de prescrição de medicamentos preventivos• Diversidade nas formas de tratamento• Falta de conhecimento dos consensos
Ligadas ao paciente	<ul style="list-style-type: none">• Interrupção da medicação na ausência de sintomas• Uso incorreto da medicação inalatória• Complexidade dos esquemas terapêuticos• Suspensão da medicação devida a efeitos indesejáveis• Falha no reconhecimento da exacerbação dos sintomas

Quadro 18 – Índice clínico para diagnóstico de asma no lactente.

Critérios maiores <ol style="list-style-type: none">1. Um dos pais com asma2. Diagnóstico de dermatite atópica
Critérios menores <ol style="list-style-type: none">1. Diagnóstico médico de rinite alérgica2. Sibilância não associada a resfriado3. Eosinofilia maior ou igual a 4%

REFERENCIAS

1. Busse WW, Lemanske RF. Asthma. N Engl J Med 2001;344(5):350-62. Comment in: N Engl J Méd. 2001;344(21):1643-4.
2. Cookson W. The alliance of genes and environment in asthma and allergy. Nature. 1999; 402(6760 Suppl):B5-11.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas. Estatísticas de saúde e mortalidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
4. Chatkin JM, Molinari JF, Fonseca NA, Chatkin G, Sears MR. Stabilization of asthma mortality in southern Brazil. Am J Respir Crit Care Med. 2000;161(3):A623.
5. Worldwide variations in the prevalence of asthma symptoms: the International Study of asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). Eur Respir J. 1998;12(2):315-35. Comment in : Eur Respir J. 1998;12(4) :1000.

J Bras Pneumol. 2006;32(Supl 7):S 447-S 474

