

TRATAMENTO AMBULATORIAL DA ASMA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Andréa da Silva Munhoz

A asma é uma das doenças crônicas mais prevalentes na infância e apresenta altas taxas de mortalidade e internações. Por isso é de extrema importância que os pacientes com diagnóstico de asma sejam acompanhados de forma regular, diminuindo assim a morbimortalidade e secundariamente os custos do Sistema Único de Saúde.

Diagnóstico:

O diagnóstico de asma em pacientes menores de 6 anos de idade é baseado principalmente na anamnese e quadro clínico, pois, nessa faixa etária, exames de função pulmonar são mais difíceis de serem realizados.

Durante a anamnese deve-se indagar sobre os seguintes sintomas: dispneia, tosse crônica, sibilância, aperto no peito ou desconforto torácico.

Os sintomas se iniciam ou intensificam-se particularmente à noite ou pela manhã e podem se manifestar de forma perene ou recorrente (três ou mais episódios de sibilância no último ano). Geralmente esses sintomas são desencadeados pela atividade física, riso, choro ou contato com alérgenos.

História familiar de asma ou atopia são fatores que corroboram com o diagnóstico de asma e, antes da confirmação do mesmo, devem ser excluídos os diagnósticos alternativos (Quadros 1 e 2).

Quadro 1 - Diagnóstico diferencial.

Anel vascular
Fístula traqueoesofágica
Apnéia obstrutiva do sono
Não coordenação da deglutição
Aspergilose broncopulmonar alérgica
Infecções virais e bacterianas
Bronquiectasias
Insuficiência cardíaca
Bronquiolites
Massas hipofaríngeas
Carcinoma brônquico
Massas mediastinais
Discinesia da laringe
Obstrução alta das vias aéreas
Disfunção de cordas vocais
Obstrução mecânica das vias aéreas
Doença respiratória crônica da prematuridade
Refluxo gastroesofágico
Doença pulmonar obstrutiva crônica
Síndrome de Loeffler
Embolia pulmonar
Síndrome de hiperventilação
Fibrose cística
Alveolite alérgica extrínseca ou pneumonite por hipersensibilidade

Quadro 2 - Diagnóstico diferencial em menores de 6 anos

Infecções respiratórias de repetição
Riņossinusite crônica
Tuberculose
Traqueomalácia
Fibrose cística
Displasia broncopulmonar
Malformações congênitas de vias aéreas intratorácicas
Síndrome da discinesia ciliar primária
Imunodeficiências
Cardiopatia congênita
Aspiração de corpo estranho
Refluxo gastroesofágico

Q

Diagnóstico em lactentes

Lactentes sibilantes (pelo menos três episódios de sibilância no último ano) que apresentam dois critérios maiores, ou um critério maior e dois menores, explicitados no quadro a seguir, devem ser considerados de alto risco para sibilância persistente e com provável diagnóstico de asma.

Quadro -3 - Índice clínico para diagnóstico de asma no lactente.

Critérios maiores

1. Um dos pais com asma
2. Diagnóstico de dermatite atópica

Critérios menores

1. Diagnóstico médico de rinite alérgica
2. Sibilância não associada a resfriado
3. Eosinofilia maior ou igual a 4%

Identificação do asmático de risco

É de fundamental importância que os asmáticos de risco sejam identificados, para que se possa acompanhar esses pacientes mais frequentemente, no sentido de evitar crises graves com internações em unidades de terapia intensiva.

Os fatores de risco mais fortemente associados a crises fatais ou quase fatais são a crise grave prévia com necessidade de ventilação mecânica ou a internação em unidade de terapia intensiva.

Outros aspectos que indicam maior risco são: três ou mais visitas à emergência ou duas ou mais hospitalizações por asma nos últimos doze meses; uso frequente de corticosteroide sistêmico; uso de dois ou mais frascos de aerossol dosimetrado de broncodilatador por mês; dificuldade de acesso à assistência médica; falta de aderência a tratamentos prévios; presença de comorbidades; asma lábil; má percepção do grau de obstrução.

Classificação

A asma pode ser classificada quanto à sua gravidade (Quadro 4) e em relação ao nível de controle da doença (Quadro 5).

A grande maioria dos pacientes asmáticos (60%) apresenta asma leve, sendo possível seu seguimento na assistência médica primária.

Independente da gravidade, pacientes com asma devem ser avaliados periodicamente para estabelecimento do tratamento de acordo com o nível de controle, mesmo porque, a classificação da gravidade pode se alterar com o decorrer do tratamento.

Quadro 4 - Classificação da gravidade da asma.

	Intermitente*	leve	Persistente moderada	grave
Sintomas	Raros	Semanais	Diários	Diários ou contínuos
Despertares noturnos	Raros	Mensais	Semanais	Quase diários
Necessidade de beta-2 para alívio	Rara	Eventual	Diária	Diária
Limitação de atividades	Nenhuma	Presente nas exacerbações	Presente nas exacerbações	Contínua
Exacerbações	Raras	Afeta atividades e o sono	Afeta atividades e o sono	Freqüentes
VEF ₁ ou PFE	≥ 80% predito	≥ 80% predito	60-80% predito	≤ 60% predito
Varição VEF ₁ ou PFE	< 20%	< 20-30%	> 30%	> 30%

Classificar o paciente sempre pela manifestação de maior gravidade.

*Pacientes com asma intermitente, mas com exacerbações graves, devem ser classificados como tendo asma persistente moderada.

VEF₁: volume expiratório forçado no primeiro segundo; PFE: pico de fluxo expiratório.

Quadro 5 - Níveis de controle do paciente com asma.

Parâmetro	Controlado	Parcialmente controlado (Pelo menos 1 em qualquer semana)	Não controlado
Sintomas diurnos	Nenhum ou mínimo	2 ou mais/semana	3 ou mais parâmetros presentes em qualquer semana
Despertares noturnos	Nenhum	pelo menos 1	
Necessidade de medicamentos de resgate	Nenhuma	2 ou mais por semana	
Limitação de atividades	Nenhuma	Presente em qualquer momento	
PFE ou VEF ₁	Normal ou próximo do normal	< 80% predito ou do melhor individual, se conhecido	
Exacerbação	Nenhuma	1 ou mais por ano	1 em qualquer semana

Adaptado da revisão do GINA 2006

*A ocorrência de uma exacerbação deve levar a uma revisão do tratamento de manutenção para assegurar que o mesmo é adequado.

Tratamento

O objetivo do tratamento é atingir o controle da doença usando a menor dose possível de medicamentos.

O tratamento inicial é baseado na gravidade atual da doença (Quadro 6) e, na eventualidade de dúvida na classificação, inicia-se o tratamento correspondente ao de maior gravidade.

Quadro 6 - Tratamento de manutenção inicial baseado na gravidade

Gravidade	Alívio	Primeira escolha	Alternativa	Uso de corticóide oral
Intermitente	Beta-2 de curta duração	Sem necessidade de medicamentos de manutenção		
Persistente leve	Beta-2 de curta duração	CI dose baixa	Montelucaste	Corticosteróide oral nas exacerbações graves
Persistente moderada	Beta-2 de curta duração	CI dose moderada a alta Ou CI dose baixa a moderada	Baixa a moderada dose de CI associada a antileucotrieno	Corticosteróide oral nas exacerbações graves
Persistente grave	Beta-2 de curta duração	CI dose alta	Alta dose de CI associado: a antileucotrieno	Cursos de corticóide oral a critério do médico, na menor dose para se atingir o controle

CI = corticóide inalatório

Todos os pacientes com asma e seus familiares devem receber orientações sobre a doença (educação em asma, controle ambiental) e o tratamento; sobre como agir nas exacerbações e quando procurar imediatamente atendimento médico (desconforto respiratório com retração subcostal, cianose, dificuldade para falar ou ingerir líquidos, taquipneia ou não resposta após 3 inalações com beta-2 agonista de curta duração no intervalo de 1 hora).

Uma vez obtido o controle sintomático por um período mínimo de três meses, pode-se reduzir as medicações ou suas doses, mantendo-se o acompanhamento do paciente.

O tratamento de manutenção deve ser conduzido com base no estado de controle da doença (Quadros 5 e 7).

Quadro 7 - Esquema simplificado para o tratamento da asma baseado no estado de controle

Estado de Controle	Conduta
Controlado	Manter o paciente na mais baixa etapa de controle
Parcialmente controlado	Considerar aumentar a etapa de controle
Não controlado	Aumentar a etapa até a obtenção do controle
Exacerbação	Condutas apropriadas para a ocorrência

Adaptado da revisão do *Global Initiative for Asthma*, 2006.

Nos casos em que não se obtiver o controle esperado, antes de intensificar a terapêutica, deve-se investigar: a adesão ao tratamento; os erros na técnica de uso dos dispositivos inalatórios; a presença de fatores desencadeantes e/ou agravantes (rinite, sinusite, doença do refluxo gastroesofágico, exposição a alérgenos, exposição ao tabagismo, etc.).

Quadro 8 – Dispositivos inalatórios para menores de 6 anos

Idade	Dispositivo de 1ª escolha	Dispositivo alternativo
Menores de 4 anos	Espaçador e máscara facial para aerossol dosimetrado	Nebulizador com máscara facial
Dos 4 aos 5 anos	Espaçador com bocal para aerossol dosimetrado	Espaçador e máscara facial para aerossol dosimetrado ou nebulizador com máscara facial

Quadro 9 – Recomendações para utilização dos dispositivos inalatórios.

<p>Aerossol dosimetrado - <i>spray</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Retirar a tampa. • Agitar o dispositivo. • Posicionar a saída do bocal verticalmente 2 a 3 cm da boca. • Manter a boca aberta. • Expirar normalmente. • Coordenar o acionamento do dispositivo no início da inspiração lenta e profunda. • Fazer pausa pós-inspiratória de no mínimo 10 segundos. • Nova aplicação pode ser repetida após 15 a 30 segundos. <p>Inaladores de pó</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preparo da dose: <p><i>Aerolizer</i>: retirar a tampa do inalador de pó e colocar uma cápsula. Em seguida, perfurá-la, comprimindo as garras laterais.</p> <p><i>Turbuhaler</i>: retirar a tampa, manter o IP na vertical, girar a base colorida no sentido anti-horário e depois no sentido horário até escutar um clique.</p> <p><i>Diskus</i>: abrir o IP rodando o disco no sentido anti-horário. Em seguida puxar sua alavanca para trás até escutar um clique.</p> <p><i>Pulvinal</i>: retirar a tampa, manter o IP na vertical, apertar o botão marrom com uma mão, girar o IP no sentido anti-horário com a outra mão (aparecerá marca vermelha). Em seguida, soltar o botão marrom e girar o IP no sentido horário até escutar um clique (aparecerá a marca verde).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expirar normalmente e colocar o dispositivo na boca. • Inspirar o mais rápido e profundo possível (fluxo mínimo de 30 L/min). • Fazer pausa pós-inspiratória de 10 segundos. • No caso do <i>Aerolizer</i>, após inalação do produto, verificar se há resíduo de pó na cápsula. Em caso positivo, repetir as manobras anteriores.

IP: inalador de pó.

Em lactentes os corticóides inalatórios são indicados nos seguintes casos: sintomas contínuos ou mais de duas vezes por semana; crises mais de duas vezes por mês; lactentes que apresentam asma com risco de morte (evento ameaçador da vida com insuficiência respiratória aguda grave). Lactentes sibilantes graves (iniciar com altas doses e diminuir o mais rapidamente possível); lactentes chiadores moderados (iniciar com baixas doses e manter ou aumentar a dose, dependendo da resposta clínica); sibilância persistente, após episódio de bronquiolite viral aguda (pacientes internados por insuficiência respiratória aguda, em unidade de tratamento intensivo que, após a alta, mantem sibilância persistente).

Quadro 10 - Dose diária de corticóides inalatórios em crianças menores de 6 anos

Corticóides inalatórios	Dose baixa (ug)	Dose moderada (ug)	Dose alta (ug)
Beclometasona	100 a 200	200 a 400	> 400
Budesonida	100 a 200	200 a 400	> 400
Fluticasona	100 a 200	200 a 500	> 500
Ciclesonida	80	160	160

Quadro 11 – Medicamentos disponíveis na rede municipal

Beclometasona	250ug	spray oral
Beclometasona	50ug	spray nasal
Salbutamol	100ug	spray oral
Formoterol	12 ug	caps. inalatórias
Prednisolona	3mg/ml	suspensão
Prednisona	5mg e 20 mg	comprimidos

Os pacientes com asma induzida por exercícios em uso de corticóides inalatórios apresentam melhora substancial da broncoconstrição induzida pelos exercícios, mas muitos pacientes necessitam de tratamento adicional com beta-2 agonista.

Os beta-2 agonistas inalatórios de curta duração, nesses casos, devem ser utilizados quinze a 30 minutos antes dos exercícios (efeito protetor de quatro horas). Os antileucotrienos e as cromonas inalatórias também são opções válidas.

Acompanhamento

Pacientes com asma moderada e grave devem ser submetidos à avaliação oftalmológica e densitometria óssea anualmente. A espirometria deve ser solicitada, sempre que possível (geralmente a partir dos sete anos), para avaliação do controle da asma e alteração da medicação.

Tratamento medicamentoso

O efeito do beta-2 agonista de curta duração administrado por aerossol dosimetrado acoplado a espaçador é semelhante ao obtido por nebulizador de jato, sendo eficaz mesmo em casos de crises graves, devendo ser usado como primeira escolha. O brometo de ipratrópio deve ser utilizado conjuntamente com os beta-2 agonistas de curta duração por nebulização ou por aerossol dosimetrado.

Encaminhamento ao especialista

Os pacientes devem ser encaminhados ao especialista nas seguintes situações: dúvida sobre o diagnóstico, asma de difícil controle (asma instável, sintomas contínuos apesar de altas doses de CI ou necessidade de uso de corticosteróide sistêmico para controle); piora da asma na gravidez no caso dos adolescentes.

Bibliografia

1. GINA. From the **Global Strategy for the Diagnosis and Management of Asthma in Children 5 Years and Younger**, Global Initiative for Asthma (GINA) 2009. Disponível em: <http://www.ginasthma.org/>. Acessado em 10/05/12.
 2. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. **IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma**. J. Bras. Pneumol. [online]. 2006, vol.32, suppl.7 [cited 2012-06-14], pp. S447-S474 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132006001100002&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1806-3713. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132006001100002>. Acessado em 10/05/12.
-