

Asma: abordagem da crise aguda na emergência

Autores e Afiliação:

Daniel Zoppi. Médico Assistente da Divisão de Emergências Clínicas do Departamento de Clínica Médica da FMRP/USP; Abel de Barros Araújo Filho. Médico Assistente da Divisão de Emergências Clínicas do Departamento de Clínica Médica da FMRP/USP.

Área:

Unidade de Emergência / Subárea: Clínica Médica.

Objetivos:

Descrever o diagnóstico clínico e a estratégia para o tratamento da crise aguda de asma na urgência.

Data da última alteração: segunda, 24 de julho de 2017

Data de validade da versão: quinta, 25 de outubro de 2018

Definição / Quadro Clínico:

Asma é uma doença inflamatória crônica que cursa com hiper-reatividade brônquica e obstrução reversível das vias aéreas, caracterizada por exacerbações de dispneia, tosse, opressão torácica e sibilos. A crise aguda de asma ocorre quando há uma piora significativa dos sintomas basais do paciente que usualmente requer mudança no tratamento habitual. Geralmente é desencadeada por infecções virais, exposição ocupacional ou a alérgenos ambientais.

Diagnóstico:

Nos casos leves, o exame físico pode estar praticamente normal, à exceção dos sibilos expiratórios, que são frequentes. Nos casos graves, o paciente pode apresentar agitação, fala entrecortada, uso de musculatura acessória, retrações e silêncio pulmonar à ausculta.

Exames Complementares:

Poucos exames complementares são necessários. O diagnóstico é clínico.

Gasometria arterial: indicada se saturação de oxigênio < 93% ou sinais de insuficiência respiratória.

Radiografia de tórax: deve ser solicitado quando o quadro clínico sugerir processo infeccioso, insuficiência cardíaca ou pneumotórax. Na crise de asma, pode evidenciar sinais de hiperinsuflação pulmonar, retificação de cúpulas diafragmáticas, aumento dos espaços intercostais e do diâmetro ântero-posterior do tórax.

Hemograma: costuma ser normal na crise de asma, a menos que seja desencadeada por pneumonia. O uso de corticóide pode elevar a contagem de leucócitos.

Tratamento:

OXIGÊNIO:

- Manter a saturação de oxigênio > 92%.

ANTIBIÓTICO:

- Não são indicados de rotina.
- Avaliar individualmente nos pacientes com febre, tosse produtiva e dor pleurítica, após realização de radiografia de tórax.

CORTICÓIDE:

- Via oral e via endovenosa com eficácia semelhante.
- Início de ação a partir de 4-6 horas.
- Prednisona 1mg/kg até 40-60mg por 5-7 dias.
- Metilprednisolona 40mg 2-3x/dia se VO indisponível.
- Considerar desmame gradual nos casos mais grave (p. ex. IOT/VM).

BRONCODILATADOR: via preferencial SEMPRE é a inalatória!

- B2 adrenergico (fenoterol ou salbutamol 5mg/mL) 10 a 20 gotas em 5mL SF 0,9% + 40 gotas de brometo de ipratrópio (anticolinérgico).
- Iniciar com 1 inalação cada 20 minutos, por 3 doses.
- Dose de manutenção depende da gravidade.

B2 adrenérgico pode ser realizado até de forma contínua, observando-se efeitos colaterais: tremores, palpitações, taquicardia, hipocalcemia. Intervalo usual em casos leves: 6/6 horas. Em

casos graves, de 3/3 horas ou até de 1/1 hora. Aumentar intervalo à medida em que o paciente melhore do broncoespasmo.

Anticolinérgico: no máximo de 6/6 horas (sem benefício adicional acima disso).

- Pode ser utilizado spray dosimetrado, com ou sem espaçador. São utilizados 4 jatos por dose.
- Terbutalina ½ (meia) a 1 ampola (0,25-0,5mg) SC no máximo a cada 6 horas. Utilizada em casos críticos ou quando a biodisponibilidade via inalatória não é adequada (p. ex. silêncio pulmonar). Preferir via IM se instabilidade hemodinâmica (má absorção SC).
- Adrenalina: uso desencorajado devido aos efeitos colaterais indesejáveis, particularmente arritmias e isquemia miocárdica, especialmente se aplicado via endovenosa. Pode ser útil nas crises de asma associadas a anafilaxia ou angioedema. Via IM ou SC, a dose recomendada é 0,3 a 0,5mg.

SULFATO DE MAGNÉSIO

- Reservado para casos graves, sem resposta às medidas iniciais.
- Antagoniza o cálcio no músculo liso, promovendo broncodilatação.
- MgSO₄ 1 a 2g dose única. MgSO₄ 10% – 10 a 20ml + SF 0,9% 100ml, correr em 30 minutos
- Não é recomendado uso no tratamento de manutenção.

METILXANTINAS (aminofilina ou teofilina):

- Não têm indicação do seu uso no tratamento da crise aguda de asma Ventilação não-invasiva (VNI).
- Sem evidência de redução de mortalidade, porém na prática tem excelentes resultados e é encorajado o seu uso.

Indicações:

- Acidose respiratória (pH ≤ 7,35 e/ou pCO₂ ≥ 45mmHg).
- Dispneia severa com sinais de fadiga muscular, uso de musculatura acessória, movimento abdominal paradoxal ou retração intercostal.

Contra indicações:

- Instabilidade hemodinâmica.
- Secreção excessiva.
- Vômitos.
- Rebaixamento do nível de consciência.

* Paciente deve ser reavaliado entre 30-120min. Se não houver melhora de parâmetros como FR, tiragem, uso de musculatura acessória, hipoxemia, não se deve postergar a intubação orotraqueal.

VENTILAÇÃO MECÂNICA:

- Indicada na falha de VNI.
- Promove repouso da musculatura respiratória, melhora da troca gasosa, redução da hiperinsuflação pulmonar e redução do consumo de oxigênio.
- Nos casos refratários, pode-se tentar quetamina ou propofol como sedativos pelo seu efeito broncodilatador.
- Parâmetros ventilatórios - vide protocolo específico.

CASOS GRAVES DEVEM RECEBER ALTA COM PRESCRIÇÃO DO TRATAMENTO DE MANUTENÇÃO, PELO MENOS CORTICÓIDE INALATÓRIO.

Referências Bibliográficas:

1. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma – 2012.
2. GLOBAL STRATEGY FOR ASTHMA MANAGEMENT AND PREVENTION - Updated 2016.