



Asma em crianças

Resumo de diretriz NHG M24 (segunda revisão, fevereiro 2014)

Bindels PJE, Van de Griendt EJ, Grol MH, Van Hensbergen W, Steenkamer TA, Uijen JHJM, Burgers JS, Geijer RMM, Tuut MK

traduzido do original em holandês por Luiz F.G. Comazzetto • 2014

autorização para uso e divulgação sem fins lucrativos à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

Conteúdo



- Diagnóstico
 - Anamnese
 - Exame físico
 - Exames complementares
 - Avaliação
- Conduta
 - Informações e tratamento não medicamentoso
 - Medicação
 - Controle
 - Trabalho em conjunto/consulta com pediatra
 - Diretrizes em dispnéia aguda grave

O programa de diretrizes da Associação Holandesa de Clínica Geral (NHG) foi desenvolvido para médicos de clínica geral no contexto do sistema de saúde holandês. A Associação não garante a eficácia das diretrizes para utilização em outros países. A informação é apenas para uso educacional e/ou profissional e é fornecida de boa fé, sem qualquer garantia expressa ou implícita. A Associação não se responsabiliza por qualquer perda ou dano resultante do uso das informações contidas nas diretrizes. Todo o acesso e utilização é de responsabilidade do usuário final.

Diagnóstico

Anamnese

- Gravidade, duração e padrão das queixas relacionadas às vias respiratórias: “assobios” respiratórios (respiração sibilante), tosse, falta de ar, influência das queixas na vida

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.

cotidiana durante o dia e a noite; frequência e duração dos episódios e dos intervalos assintomáticos.

- *Sinais de agentes alérgicos*: queixas características de rinite alérgica; queixas em ambientes úmidos, na primavera ou verão, na presença de animais ou outros fatores.
- *Evidências de irritação por agentes não-alérgicos*: queixas persistentes após infecção viral das vias respiratórias, queixas durante ou após exposição ao ar frio, sereno, fumaça (tabaco), poluição, cheiro de fritura, tinta ou perfume, estresse emocional ou esforço físico.
- *Tabagismo*: pais ou pessoas próximas, ou a própria criança em questão.
- *Histórico médico e familiar*: infecções das vias aéreas ou períodos de queixas das vias aéreas frequentes, atopia, exame alergológico ou de função pulmonar; medicações inalantes, medidas preventivas; dados peri-natais; atraso no crescimento; problemas respiratórios ou atopia na família.

Exame físico

- Sinais de dispnéia: frequência respiratória acelerada, uso de músculos acessórios, retração inspiratória de espaço intercostal, batimento de asa de nariz, cianose.
- Ausculta pulmonar e cardíaca; inspeção de garganta, nariz e ouvidos se houver suspeita de infecção das vias aéreas.
- Atenção especial: (diminuição em) curva de crescimento e peso, desenvolvimento, obesidade.

Exames complementares

- *Crianças até 6 anos*: teste de rastreio¹, em suspeita de alergia e se o resultado esperado tiver consequências diretas no tratamento.
- *Crianças acima de 6 anos*: teste de rastreio¹ para alergênicos inalantes; espirometria em caso de dúvidas.

Avaliação

- *Abaixo de 6 anos*: descrição dos sintomas ‘sibilação (expiratória) recorrente’ (‘sibilação episódica’) em casos de 2 ou mais episódios de sibilação; apenas em casos extremamente claros usar diagnóstico asma (veja em casos acima de 6 anos).

Diagnóstico diferencial: abaixo de 1 ano tráqueo- ou broncomalácia, malformações cardiovasculares congênitas; (em dispnéia aguda) bronquiolite, laringite subglótica, corpo estranho obstruindo vias aéreas.

- *Acima de 6 anos:* diagnóstico asma baseado no padrão das queixas e ausculta dos pulmões durante um episódio ‘asmático’. Exames de alérgênicos inaláveis e espirometria apenas sustentam o diagnóstico. A asma é provável em: sibilância (sintoma essencial), tosse, falta de ar (principalmente se recorrência frequente, exacerbação durante a noite ou ocorrência em reação a esforço físico ou outros agentes irritantes), expiração prolongada e sibilante em diversas regiões do pulmão, teste de rastreio com resultado positivo de IgE específico a alérgênicos inaláveis, atopia, reação positiva a medicação SABA²

Diretrizes tratamento

O objetivo principal é um nível mais alto possível de ‘controle da asma’, com ou sem o uso de medicação em dose e frequência o mais baixo possível e com menos efeitos colaterais.

Controle máximo da asma: máximo de 2 vezes por semana sintoma durante o dia, ausência de limitações em atividades cotidianas, ausência de sintomas noturnos, uso de medicação (inalante) emergencial no máximo 2 vezes por semana, espirometria sem alterações.

Controle médio da asma: se não satisfazer a 1 ou 2 critérios de *controle máximo da asma*

Controle insuficiente da asma: se não satisfazer a 3 ou mais critérios de *controle máximo da asma* ou em caso de exacerbação.

Informações e tratamento não medicamentoso

- Fornecer explicações sobre aspectos médicos dos mecanismos da doença, objetivo e funcionamento da medicação, instruções e técnica de inalação.
- Discutir a maneira como a criança e os pais/responsáveis lidam com a doença.
- Frisar a importância do efeito do tabagismo pelo paciente e seu meio, de evitar agentes irritantes alérgênicos e não-alérgênicos (se relacionados aos sintomas respiratórios) e a importância de exercício físico.³

Medicação

Avaliar a cada passo a se o paciente utiliza a medicação como prescrita, a técnica de inalação e a presença e medidas para evitar agentes irritantes.

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.

- *Até 1 ano:* prescreva SABA² com caráter experimental; avaliar em crianças extremamente dispnéicas o efeito diretamente após a consulta. A prescrição de corticóides inalantes em crianças abaixo de 1 ano exige diagnóstico efetuado por pediatra (ou pneumologista pediátrico).
- *De 1 a 6 anos de idade:*
 - Visto a incerteza sobre o diagnóstico, o início do tratamento medicamentoso sempre é em caráter experimental.
 - 1º passo: SABA²; avaliação do efeito durante ou diretamente após a consulta
 - 2º passo: em efeito insuficiente; acrescentar corticóides inalantes durante um mínimo de 6 semanas.
- *Acima de 6 anos de idade:*
 - 1º passo: sintomas <1 vez por semana; prescrição de SABA ‘se necessário’. Em caso de uso acima de 2 vezes por semana aconselhar retorno. Em caso de episódios asmáticos relacionados a esforço físico: SABA 10-15 minutos antes do início da atividade.
 - 2º passo: Em casos de sintomas freqüentes ou uso de SABA acima de 2 vezes por semana, iniciar corticóides inalantes durante um mínimo de 6 semanas.

Tabela medicação inalante passo a passo

1º Passo SABA (short-acting beta-agonist)			
Salbutamol	qualquer idade	100-200 microg/dose (aerosol, pó para inalação)	Se necessário 1-4 vezes ao dia 1-2 inalações, max. 8 por dia
Terbutalina	≥ 4 anos	500 microg/dose (pó para inalação)	Se necessário 1-4 vezes ao dia 1-2 inalações, max. 8 por dia
2º Passo corticoides inalantes (doses diárias normais)			
Beclometasona	≥ 1 ano	200 microg/dose (aerosol, pó para inalação)	2x/dia 1 inalação
Budesonida	≥ 1 ano	200 microg/dose (aerosol, pó para inalação)	2x/dia 1 inalação
Propionato de fluticasona	≥ 1 ano	125 microg/dose (aerosol)	2x/dia 1 inalação
		50 microg/dose (aerosol)	2x/dia 2 inalações
		100 microg/dosis (pó para inalação)	2x/dia 1 inalação
Beclometasona extra fino	≥ 5 anos	100 microg/dose (aerosol)	2x/dia 1 inalação
Ciclesonida	> 12 anos	160 microg/dose (aerosol)	1x/dia 1 inalação

Controle

- Avaliar se *controle máximo da asma* foi atingido.
- Em caso de tratamento experimental com SABA: controle em 1 a 2 semanas; em caso de uso ‘se necessário’ controlar uma vez nos próximos 3-6 meses.

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.

- No período inicial de tratamento com corticóides inalantes controle a cada 2-4 semanas; em caso de uso contínuo de inalantes controles a cada 3 meses durante o primeiro ano. Diminuir a dose do medicamento em caso de controle máximo da asma
- e avaliar efeito após 3 meses. Se a dose mínima efetiva for atingida: controle a cada 3-6 meses e considerar interrupção da medicação.
- Sempre avaliar com atenção: nível de controle da asma, conselhos não medicamentosos, diminuição de exposição a agentes irritantes, técnica de inalação, e utilização da medicação como prescrita, e eventualmente mudança do tratamento em caso de muitas queixas respiratórias ou o de ausência de queixas.
- Em caso de controle da asma médio ou insuficiente: 1 vez ao ano espirometria.

Trabalho conjunto/consulta com pediatra

- Em caso de problemas para estabelecer o diagnóstico, não atingir controle máximo da asma com dose normal de corticóide inalante. Acima de 1 internação hospitalar ou necessidade de corticóide oral devido a asma durante o último ano, fatores agravantes médicos ou psicossociais.
- A criança deve ter apenas 1 médico que assuma o tratamento (médico de família e comunidade (MFC) ou pediatra)
- MFC e pediatra mantêm um ao outro informados sobre alterações importantes no tratamento e medicação.
- MFC e pediatra devem manter a mesma linha de aconselhamento e plano de tratamento (de preferência por escrito).

Diretrizes em dispnéia aguda grave

- Sintomas: sibilos expiratórios, expiração prolongada e um dos seguintes sintomas: retração dos espaços intercostais ou subcostais, batimento de asa de nariz, uso de músculos acessórios durante respiração, sons inspiratórios anormais/irregulares, taquipnéia, taquicardia, saturação de oxigênio abaixo de 95%⁴ (dispnéia extremamente grave: diminuição da frequência respiratória, sons respiratórios diminuídos ou ausentes).
- Administre salbutamol 100 microg/dose via aerosol (com auxílio de espaçador): 4 a 8 doses (1 dose por vez no espaçador, 5x vezes inspiração). Repetir inalação a cada 15 minutos. Se a melhora for de curta duração ou insuficiente administrar prednis(ol)ona. Bebês e crianças pequenas (5 mg/ml, 1-2 mg/kg peso, max. 40 mg/dia em duas doses

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.

3-5 dias). Aconselhar o uso de SABA a cada 3 horas durante as próximas 24 horas. Controlar no dia seguinte em caso de resultado satisfatório, mas em caso de resultado insuficiente após 3 horas.

- Encaminhar a pronto atendimento emergencial: se não houver melhora suficiente dentro de 30 min, se não houver possibilidade de atendimento e/ou acompanhamento adequado, melhora insuficiente no dia seguinte, ou em caso de admissão hospitalar ou crise asmática com consequências graves no último ano.
- Encaminhamento com urgência em caso de sintomas alarme (exaustão, cianose, diminuição no estado de consciência ou saturação abaixo de 92%). Contate serviço de ambulância com emergência U1⁵ e iniciar inalação se possível com oxigênio (10 l/min) com salbutamol (< 4 anos: 2,5mg; ≥ 4 anos: 2,5-5,0 mg) e brometo de ipratrópio (< 4 anos: 250 microg; ≥ 4 anos: 500 microg).

Notas do tradutor:

1. Teste de rastreio para a detecção de IgE sérica específica de alérgenos inaláveis (ex. Alatop® e Phadiatop®).
2. SABA: beta agonista de efeito curto (*short-acting beta-agonist*).
3. Conselhos complementares presentes na versão anterior da diretriz:
Se a alergia a animais for comprovada, desencorajar animais domésticos. Em caso de alergia a ácaros: medidas para diminuição da exposição a ácaros: ambiente ventilado, piso liso no quarto do paciente, limpeza adequada, lavar roupas de cama acima de 60 °C a cada 2 semanas, capa protetora de edredom, colchão e travesseiro.
4. No sistema médico holandês, muitos pacientes entram em contato com o médico de família em caso de emergência. Após uma curta anamnese pelo telefone o médico da família define o grau de urgência, necessidade de visita imediata e/ou ambulância. Os pacientes residem nas proximidades do consultório e em muitas situações o médico de família chega ao domicílio do paciente antes da ambulância. O médico de família normalmente é equipado com oxímetro de pulso, máscara para respiração 'boca-boca' e diversas medicações. Alguns médicos possuem também equipamento para administração de oxigênio.
5. No sistema médico holandês são usados códigos para determinar o grau de urgência em que a ambulância deve dirigir-se ao paciente. Nesse caso o maior grau de urgência é utilizado (U1), onde a ambulância faz o uso de sirene e normalmente atinge o destino dentro de 15 minutos.

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.