



Asma na emergência

Raphael Zenatti

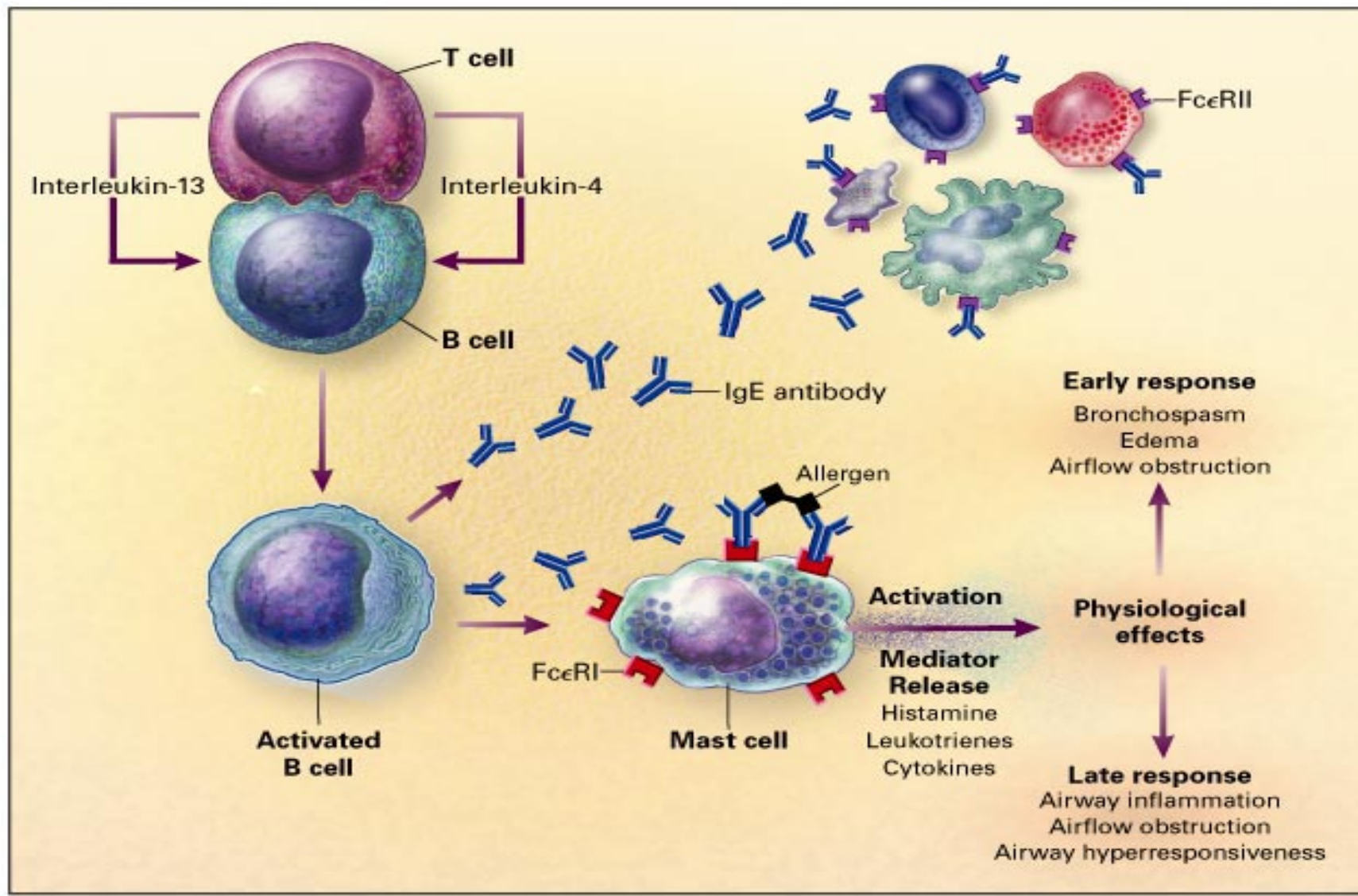
Prof. Clínica Médica I – Universidade Estácio de Sá

Pneumologista Hospital Federal do Andaraí-MS

Rio de Janeiro, 21 de maio de 2011

Introdução

- 350.000 internações no país
- 4º causa de hospitalização pelo SUS
- GINA 2004:
 - Percentagem da população mundial com asma: 9.9%
- GINA 2009:
 - 300.000.000 de indivíduos acometidos no mundo.

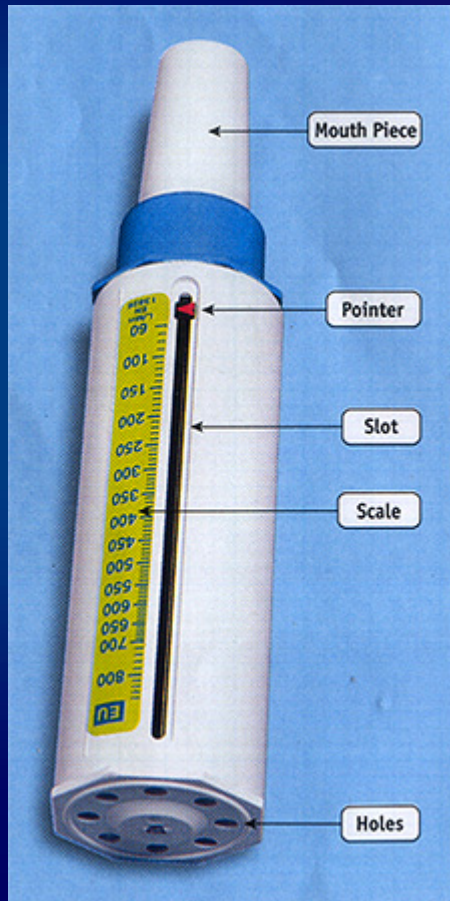


Busse, Willian W.; Lemanske Jr., Robert F. *Asthma*. N Engl J Med, Vol. 344, No. 5

Diagnóstico

- Diagnóstico **É** clínico
- História prévia (considerar HF e sintomas de VAS) + dispnéia, tosse e sibilos
- Sintomas precedem a queda do pico de fluxo
- História familiar normalmente positiva

pico de fluxo expiratório(PFE)



Diagnósticos Diferenciais

Vias aéreas superiores	Vias aéreas inferiores	Outras
Edema de laringe	Bronco-aspiração	IVE
Corpo estranho	Corpo estranho	Tumor carcinoide
Neoplasia	Neoplasia	Embolia pulmonar
Estenose traqueal	Estenose brônquica	DRGE
Paralisia ou disfunção das cordas vocais	DPOC	

Classificação de gravidade do paciente

- Crise grave prévia c/ intubação
- 3 ou + atendimento de emergência, 2 ou + internações nos últimos 12 m
- Co-morbidades
- uso de corticosteróides sistêmicos ou grande quantidade de broncodilatador
- Problemas psicossociais

Classificação de gravidade da crise-Exame físico

M u i t o g r a v e	G r a v e	M o d e r a d a o u l e v e
D i s p n é i a i n t e n s a	D i s p n é i a m o d e r a d a	D i s p n é i a l e v e
F c > 1 4 0 o u < 6 0	F c > 1 1 0	F c ≤ 1 1 0
S i b i l o s l o c a l i z a d o s o u d i f u s o s o u a u s e n t e s c o m M V ↓	S i b i l o s l o c a l i z a d o s o u d i f u s o s	S i b i l o s l o c a l i z a d o s o u d i f u s o s o u a u s e n t e s c o m M V n o r m a l



**A asma muito grave possui
alteração do estado mental
!!!!!!**

Classificação de gravidade da crise-meios complementares

	Muito grave	Grave	Moderada ou leve
PFE	<30%	30-50%	>50%
SaO ₂	≤90%	91-95%	>95%
PaO ₂	<60mmHg	Ao redor de 60 mmHg	normal
PaCO ₂	>45mmHg	<40mmHg	<40mmHg

Tratamento

- Objetivos:
 - Normalizar o fluxo aéreo
 - Acabar com a hipoxemia
 - Prevenir novas crises

Tratamento

- Admissão na emergência:
 - NBZ com β 2-agonista 10-20 gt a cada 10-30 min até 3 X na 1º h
 - Se Sat O2 < 95 %: associar O2 contínuo
 - Crise grave: associar brometo de ipratrópio 20-40 gt
 - Sem melhora ou melhora insuficiente na 1º h: associar corticosteróides sistêmicos
 - Sedativos são contra-indicados



Xantinas- quais os riscos e benefícios

- Margem terapêutica estreita
- Metabolismo hepático variando com idade, tipo de dieta do paciente e outros fatores
- Ação broncodilatadora pequena, principalmente anti-inflamatória de início de ação lento

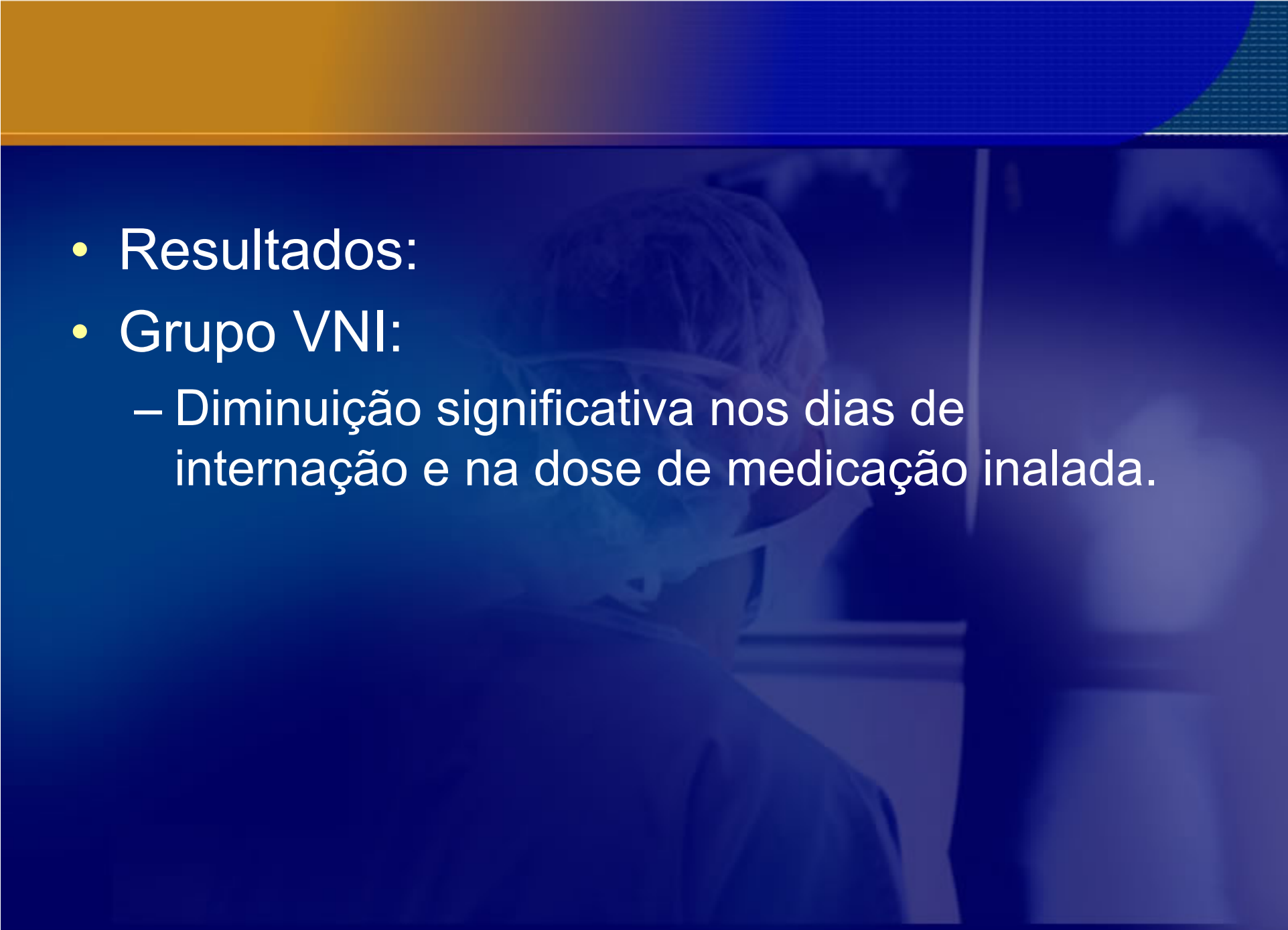
Efeitos colaterais das Xantinas

- Na dose terapêutica: sintomas gastrointestinais
- > 20 mcg/ml: náuseas, diarreias, vômitos, cefaléia, insônia, convulsões, hipertermia, dano cerebral direto, hipocalcemia, hipotensão, arritmias cardíacas e **etc ...**

Novidades

- *A Prospective Randomized Controlled Trial on the Efficacy of Noninvasive Ventilation in Severe Acute Asthma* - RESPIRATORY CARE • MAY 2010 VOL 55 NO 5,
- *Noninvasive positive pressure ventilation in acute asthmatic attack* - Eur Respir Rev 2010; 19: 115, 39–45.

- Uso de VNI x tratamento padrão na emergência
- N: 53 pacientes
- Pressão IPAP 12, EPAP 5
- VEF 1s, dias de internação no CTI e no hospital.
- pH, PaO₂, PaCO₂ e necessidade de medicações inalatórias.

- 
- Resultados:
 - Grupo VNI:
 - Diminuição significativa nos dias de internação e na dose de medicação inalada.

Ventilação não invasiva

- Contra-indicações:
 - Diminuição do nível de consciência
 - Risco de bronco-aspirações
 - Não aderência da máscara
 - Instabilidade hemodinâmica
 - Severa hipóxia ou hipercapnia
 - Agitação intensa e não cooperação

Indicações de internação

- PFE < 40 % do esperado ou do melhor do paciente
- PFE entre 40-70 % em pacientes classificados como de risco

Conduta na alta

- Corticosteróides orais: prednisona 1 mg/Kg/dia até 60 mg, por 5 à 10 dias, dependendo dos sintomas ou monitorização do PFE
- Orientações sobre sinais de risco e retirada de alérgenos
- Encaminhamento ao especialista, principalmente na recorrência

Mais informações

- <http://www.sopterj.com.br/>
- <http://www.sbpt.org.br/>
- <http://www.ginasthma.com/>



**Finalmente o
Fim!**

Obrigado!

