

ANEXOS

Agir em 5 minutos na Asma Brônquica da Criança

NATÁLIA FERREIRA

1 – A asma brônquica é uma doença inflamatória crónica associada a hiperreactividade brônquica com agudizações frequentes que levam à obstrução das vias aéreas.

Deve pensar-se em asma quando há na história antecedentes familiares de atopia, bronquiolites de repetição desde o 1º ano de vida ou episódios frequentes de tosse irritativa que se agravam durante a noite, com o esforço e factores emotivos.

Deve valorizar-se:

- duração do episódio;
- resposta à terapêutica em crises anteriores;
- internamentos.

2 – No exame objectivo considera-se fundamental:

- avaliação do estado de consciência. Cianose. Pressão arterial, pulso paradoxal.
- auscultação pulmonar

A intensidade dos sibilos é, de uma forma geral, inversamente proporcional à gravidade da crise de asma.

O aumento do tempo expiratório é constante durante a evolução da crise. A hipoxemia, sempre presente na crise aguda, é directamente proporcional à gravidade do episódio.

3 – Para monitorizar a crise deve determinar-se o débito expiratório máximo instantâneo (DEMI) através do *peak-flow* que nos dá uma quantificação precisa do grau de obstrução das vias aéreas em crianças com idades superiores a 4 anos. Exige treino prévio e tem valor se comparado com determinações anteriores da mesma criança. Consideram-se graves

baixas do DEMI de 50% ou mais, em relação ao valor inicial, devendo nesses casos recorrer ao serviço de urgência após efectuar terapêutica com broncodilatores.

No hospital deve proceder-se à monitorização não invasiva da saturação de O₂ por oximetria de pulso (SpO₂), à chegada ao serviço de urgência e na avaliação de resposta à terapêutica.

Crianças com SpO₂ < 91% apresentam grande número de recaídas e muitas vezes necessitam de internamento. Crianças com SpO₂ ≥ 95% têm habitualmente uma boa evolução após a alta do serviço de urgência. Valores de SpO₂ < 95% devem levar à realização de gasimetria sanguínea.

4 – Os agonistas β₂ de curta duração, associados ou não a corticoterapia sistémica, são os fármacos de primeira linha. Os agonistas β₂ são utilizados por via inalatória, por apresentarem acção mais rápida e eficaz com menos efeitos secundários do que a via sistémica. Administramos sempre oxigénio para manter a PaO₂ entre 80-100 mm Hg.

No serviço de urgência o broncodilatador de primeira linha é o salbutamol na dose de 0,15 mg/Kg/dose (0,03 ml/Kg/dose), diluído em 3 ml de soro fisiológico, que se repete 20-30 minutos depois, cerca de 3 aerosóis em 1,5 hora, sempre com oxigénio por máscara.

Dose máxima 5 mg = 1 ml (peso ≥ 30 Kg).

Dose mínima 1,25 mg = 0,25 ml (peso ≤ 10 Kg).

Em alternativa (os que já fizeram salbutamol em casa e não melhoraram ou que não o toleram por

taquicardia e/ou tremores) preconiza-se um aerossol com procaterol na dose de 0,8 mg/Kg (1 gota por cada 5 Kg de peso) em 3 ml de soro fisiológico, com oxigênio.

5 – Se $SpO_2 < 93\%$, além dos agonistas β_2 com oxigênio, juntamos corticóides sistêmicos, prednisolona 1-2 mg/Kg/toma via oral. A via EV guardamo-la para a criança que não tolera a via oral (efeito terapêutico idêntico e com menor risco de choque anafilático).

6 – Vai para o domicílio medicado com β_2 por via inalatória (de preferência) ou orais de 4/4 h, até estabilizar a situação.

- Idade inferior a 4 anos:

AEROCHAMBERS com MDI pressurizado de salbutamol ou terbutalina *puffs* de 4/4h ou de 6/6h, até estabilizar, ou na ausência destes salbutamol oral. Abaixo dos 4 anos de idade estão indicadas as *aero-chambers* pela sua eficácia e relação custo/benefício. Os nebulizadores são mais dispendiosos e para serem eficazes devem possuir alto fluxo, em que mais de 50% das partículas que atingem o pulmão têm um diâmetro inferior a 5 micra.

- Dos 4-6 anos:

SPACERS com MDI pressurizados de salbutamol ou terbutalina 2-4 *puffs* de 4/4h até ausência de sintomas.

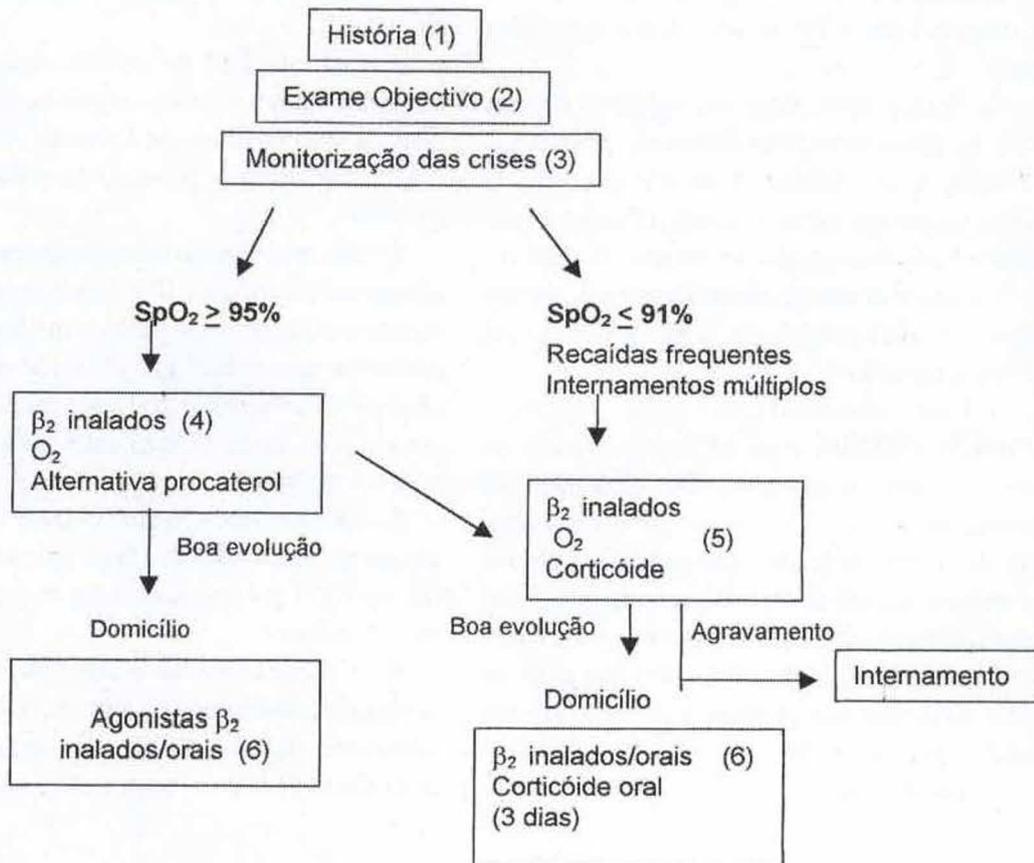
Só cerca de 20% do produto inalado nas *aero-chambers* ou nas câmaras expansoras chega ao pulmão. Acima dos 6 anos, se a criança colabora preferimos os inaladores de pó seco – *turbohaler*, *diskaler* e *rotahaler*.

7 – Em crianças muito agitadas que lutam com o nebulizador, com uma dificuldade respiratória muito acentuada, ou que não estão a melhorar com a via inalatória (considerar possibilidade de "rolhões" a obstruir os brônquios) podemos fazer o agonista β_2 por via subcutânea, salbutamol 8 g/Kg/dose (ampola com 0,5 mg/ml).

8 – Doentes que não podem fazer salbutamol por alergia ou toxicidade deve fazer procaterol na dose de 0,8 mg/Kg (1 gota por cada 5 Kg de peso) em 4 ml de soro fisiológico.

9 – Crianças com tosse irritativa ou com componente exsudativo importante devem fazer aerossol com salbutamol (0,015 ml/Kg) + brometo de ipratrópio (250 μ g=1ml) + Soro fisiológico (3 ml)

ASMA



ALTERNATIVAS

- Salbutamol (SC) (7)
- Procatamol (aerossol) (8)
- Brometo ipratrópio (aerossol) (9)