

1. DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO

1.2 ABORDAGEM DA AGUDIZAÇÃO DA ASMA

• História Clínica

- Início dos sintomas, causa (infecção, exposição a alérgenos, poluição, ar frio ou exercício físico, alteração da medicação) e gravidade (dispneia de esforço, interferência com o sono)
- Sintomas de anafilaxia
- Terapêutica habitual e resposta clínica
- Factores de risco para morte associada a asma:
 - Exacerbação prévia com necessidade de ventilação mecânica
 - Internamento por exacerbação há < 1 ano,
 - Corticoterapia sistémica recente ou em ambulatório
 - Ausência de terapêutica com corticóide inalado
 - Necessidade de > 1 inalador de salbutamol/mês
 - Doença psiquiátrica
 - Má adesão à terapêutica
 - Alergia alimentar

• Exame Objectivo

- Sinais de gravidade (alteração do estado de consciência)
- Sinais vitais: temperatura, frequência cardíaca (FC) e respiratória (FR), pressão arterial
- Auscultação pulmonar

• Exames complementares de diagnóstico

- Avaliação da função pulmonar (VEMS- Volume Expiratório Máximo no primeiro segundo) antes de iniciar terapêutica e 1ª hora, depois até se atingir um plateau.
- Oximetria de pulso (satO2 <90% = sinal de gravidade)
- Gasimetria arterial não está recomendada por rotina excepto se VEMS < 50% ou agravamento clínico.
- Radiografia de Tórax não está recomendada por rotina excepto se

suspeita de complicações.

Importante excluir complicações (atelectasia, pneumonia, anafilaxia, pneumotórax, pneumomediastino) e pensar no diagnóstico diferencial (Insuficiência cardíaca, tromboembolismo pulmonar, inalação de corpo estranho)

• Definições

Exacerbação ligeira a moderada	Exacerbação grave
<ul style="list-style-type: none">- Completa frases- Polipneia sem uso de músculos acessórios- SatO₂ (ar ambiente) 90-95%- FC 100-120bpm- VEMS >50%	<ul style="list-style-type: none">- Não completa frases- Agitação- FR > 30 cpm com uso de músculos acessórios- FC >120 bpm- SatO₂ (ar ambiente) < 90%- VEMS < 50%
PROSTRAÇÃO + CONFUSÃO + TÓRAX "SILENCIOSO" ⇒ EOT imediata	

• Critérios de Internamento

Unidade de Cuidados Intensivos: hipoxémia refractária, paragem respiratória ou falência respiratória (Gasimetria arterial: PaO₂ <60 mmHg ou PCO₂ normal ou > 45 mmHg), coma, exacerbação grave com agravamento clínico apesar de terapêutica adequada.

Enfermaria: Exacerbação grave com melhoria clínica após terapêutica.

Nota: Exacerbação moderada com VEMS <50% ou agravamento clínico deve ser tratada como grave.

• Terapêutica

• Exacerbação LIGEIRA A MODERADA:

- Oxigenoterapia para satO₂ alvo entre os 93-95% por óculos nasais ou máscara facial
- Beta-2 agonista de curta duração de acção
 - ⇒ Salbutamol preferencialmente com câmara expansora ou nebulização (2,5-5mg)
 - ⇒ Reavaliar aos 15-30 min; repetir se necessário

- Anticolinérgico de curta duração de acção
- ³ Brometo de Ipratrópio preferencialmente com câmara expansora ou nebulização (0,25-0,5mg)
- ³ Reavaliar aos 15-30 min; repetir se necessário
- Corticóides sistémicos: administrar na 1ª hora
- ³ Prednisolona 50mg oral ou IV ou
- ³ Hidrocortisona 200mg IV

• **Exacerbação GRAVE:**

- Todas as medidas da exacerbação moderada
- Sulfato de Magnésio 2g IV (em 20 minutos)

NOTAS:

Aminofilina, Antagonistas dos receptores do leucotrienos, Sedativos e Antibióticos não estão recomendados na abordagem das agudizações