

Quais são os critérios para realizar a retirada de corticoide inalatório em adultos com asma?

Área temática:

Apoio ao Tratamento

Descritores:

Asma; Corticosteroides; Doenças Respiratórias; Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

Pode ser considerada a redução de dose (mínima dose efetiva) do corticoide inalatório em pacientes com asma controlada por pelo menos três meses e desde que haja baixo risco de exacerbações e função pulmonar estável.

- Quando os pacientes estão utilizando corticoide inalatório isoladamente em doses médias ou altas, uma redução de 50% da dose pode ser tentada a cada 3 meses;
- Quando o controle é alcançado com baixa dose de corticoide inalatório isolado, duas vezes ao dia, a dose em uso pode ser administrada uma vez ao dia.

Deve-se considerar suspensão do tratamento após controle por 6 a 12 meses, porém com reavaliações periódicas, pois cerca de 60% a 70% dos pacientes necessitam reintrodução do corticoide no futuro.

É preciso escolher um momento oportuno para iniciar a redução de dose ou retirada do corticoide (sem infecções respiratórias, viagens, gestação) e garantir que o paciente tenha medicação de resgate, caso seja necessário.

Entende-se por asma controlada a ausência dos seguintes fatores:

- sintomas diurnos de asma mais de 2 vezes por semana;
- uso de broncodilatador de demanda mais de 2 vezes por semana;
- despertar noturno por asma;
- qualquer limitação de atividade diária por asma.

São considerados fatores de risco para exacerbações as seguintes condições:

- intubação por asma ou internação em UTI alguma vez na vida;
- uma ou mais exacerbações graves nos últimos 12 meses;
- sintomas não controlados;
- uso de grande quantidade de broncodilatador de demanda (mais de 1 frasco ou 200 doses/mês);
- uso inadequado de corticoides inalatórios: má aderência, técnica inalatória incorreta;
- baixa função pulmonar, especialmente FEV1 abaixo de 60%;
- problemas psicológicos ou socioeconômicos importantes;
- exposição ao tabaco ou alérgenos, se paciente sensibilizado;
- comorbidades (obesidade, rinossinusite, alergia alimentar comprovada);
- eosinofilia no escarro.

Referências

FANTA, C. H. **Treatment of intermittent and mild persistent asthma in adolescents and adults**. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-intermittent-and-mild-persistent-asthma-in-adolescents-and-adults>>. Acesso em: 02 mai. 2017.

GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA. **Global strategy for the asthma management and prevention**. [S.l]: Global Initiative for Asthma, 2017. Disponível em: <<http://ginasthma.org/2017-gina-report-global-strategy-for-asthma-management-and-prevention/>>. Acesso em: 02 mai. 2017.

HARZHEIM, E.; AGOSTINHO, M. R.; KATZ, N. (Ed.). **Asma** [Internet]. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2015. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/pneumologia_resumo_asma_TSRs_20160321.pdf>. Acesso em: 02 mai. 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o manejo da asma – 2012. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 38, supl. 1, p. s1-s46, abr. 2012. Disponível em: <http://www.jornaldepneumologia.com.br/pdf/suple_200_70_38_completo_versao_corrigida_04-09-12.pdf>. Acesso em 02 mai. 2017.