



Asma Brônquica

Tratamento da Asma - *Stepping down*

Adaptado do Global Strategy For Asthma Management And Prevention - GINA - 2019¹

Princípios Gerais Para o *Stepping Down* no Tratamento da Asma

Considerar *stepping down* quando os sintomas da asma tenham sido controlados e a função pulmonar esteja estabilizada por três meses ou mais. Se o paciente apresentar fatores para exacerbações ou limitação fixa ao fluxo aéreo não fazer *step down* sem acompanhamento supervisionado.

Escolher a ocasião apropriada

- **sem infecção respiratória**
- **paciente não viajando**
- **sem gravidez**

Abordar cada passo como um ensaio terapêutico. Envolver o paciente no processo. Registre o estado clínico do paciente (controle de sintomas, função pulmonar e fatores de risco). Forneça instruções precisas, um plano de ação e assegure que o paciente terá medicamentos suficientes para retomar sua dose anterior. Se for necessário monitore sintomas e/ou PFE (Pico de Fluxo Expiratório) e agende previamente uma visita de acompanhamento.

Doses de corticoide inalatório (CI) em *stepping down* de 25-50% a intervalos de 2-3 meses são viáveis e seguras para a maioria dos pacientes (consulte o GINA Guideline de 2019 para obter detalhes sobre *step down* dos diferentes controladores).¹

Se a asma estiver bem controlada com doses baixas de CI ou LTRA (Antagonista de Receptor de Leucotrieno), o CI-formoterol de baixa dose, se necessário, é uma opção de *step down* com base em dois grandes estudos com budesonida-formoterol em adultos e adolescentes.^{2,3} Estudos menores demonstraram que a dose baixa de CI concomitante ao SABA (inaladores combinados ou separados) é mais eficaz como estratégia de *step down* do que o SABA (*Short Acting Beta-2 Agonist*) isolado.^{4,5}

Não pare completamente o CI em adultos ou adolescentes com diagnóstico de asma, a menos que isso seja necessário temporariamente para confirmação de diagnóstico de asma.

Referências

01. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention

updated 2019. Disponível em: <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2019/04/GINA-2019-main-Pocket-Guide-wms.pdf> . Acesso em:28 de maio de 2019.

02. O'Byrne PM, FitzGerald JM, Bateman ED, Barnes PJ, Zhong N, Keen C, Jorup C, Lamarca R, Ivanov S, Reddel HK. Inhaled combined budesonid-formoterol as needed in mild asthma. *N Engl J Med* 2018;378:1865-76.

03. Bateman ED, Reddel HK, O'Byrne PM, Barnes PJ, Zhong N, Keen C, Jorup C, Lamarca R, Siwek-Posluszna A, FitzGerald JM. As-needed budesonide-formoterol versus maintenance budesonide in mild asthma. *N Engl J Med* 2018;378:1877-87.

04. Papi A, Canonica GW, Maestrelli P, Paggiaro P, Olivieri D, Pozzi E, Crimi N, Vignola AM, Morelli P, Nicolini G, Fabbri LM; BEST Study Group. Rescue use of beclomethasone and albuterol in a single inhaler for mild asthma. *N Engl J Med* 2007;356:2040-52.

05. Martinez FD, Chinchilli VM, Morgan WJ, Boehmer SJ, Lemanske RF Jr, Mauger DT, Strunk RC, Szeffler SJ, Zeiger RS, Bacharier LB, Bade E, Covar RA, Friedman NJ, Guilbert TW, Heidarian-Raissy H, Kelly HW, Malka-Rais J, Mellon MH, Sorkness CA, Taussig L. Use of beclomethasone dipropionate as rescue treatment for children with mild persistent asthma (TREXA): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet* 2011;377:650-7.

Informações Médicas
Home

Design by Walter Serralheiro

[Anterior << Manejo e Controle dos Sintomas](#)

[Próximo >> Plano de Ação](#)