Casos clínicos

Asma na gestação

Discussão de casos · ambulatório e plantão

CASO 1| 'PAREI A BOMBINHA POR CAUSA DO BEBÊ'

Larissa, 24 anos, 16 semanas, G1, atendente.

Asma desde a infância. Usava budesonida 200 µg 2x/dia e salbutamol de alívio. Ao descobrir a gravidez, parou a budesonida 'porque corticoide faz mal'. Desde então usa salbutamol quase todo dia.

Últimas 4 semanas: sintomas diurnos 3–4 vezes por semana, acorda com chiado 1 vez por semana, cansaço para subir ladeira. Nunca internou nem foi à UTI. Fuma 5 cigarros/dia 'para aliviar a ansiedade'. Tem rinite e refluxo.

Exame: PA 110/70, FR 18, SatO2 98%, sibilos expiratórios esparsos. Pico de fluxo expiratório 78% do previsto. Pré-natal sem outras intercorrências.



Ela tem razão em parar? Qual é o risco maior para o bebê: o corticoide inalado ou a asma solta? O que você prescreve hoje?

Resolução do caso 1

Asma não controlada porque parou o controlador. O risco para o feto é a asma, não a budesonida.

O que dizer: asma mal controlada aumenta pré-eclâmpsia, prematuridade, baixo peso e RCF — a hipóxia materna chega ao feto. Budesonida inalatória é o corticoide com mais dados de segurança na gestação (Registro Sueco, sem aumento de malformações). Controle da mãe = segurança do bebê.

Classificar: sintomas > 2x/semana, despertar noturno e alívio quase diário = não controlada pelo GINA; precisa de controlador diário (degrau 2–3), não de mais salbutamol.

Prescrever: retomar budesonida 200 µg 12/12 h (ou budesonida/formoterol 200/6 µg 12/12 h e de alívio — MART, disponível no SUS/Farmácia Popular); salbutamol de resgate; técnica inalatória com espaçador; plano de ação escrito; medir pico de fluxo em casa.

Em volta: parar de fumar (intervenção breve; adesivo de nicotina se não conseguir); tratar rinite (corticoide nasal) e refluxo; vacinas influenza, COVID-19 e dTpa. Reavaliar em 4 semanas: controle, PFE, adesão.



Asma solta › corticoide

Budesonida é segura

Retomar controlador

Parar de fumar

Fontes: GINA 2024 (Global Strategy for Asthma Management and Prevention); Källén B et al., Obstet Gynecol 1999 (budesonida, Registro Sueco); Murphy VE et al., BJOG 2011 (desfechos perinatais); ACOG Practice Bulletin 90 (2008, reafirmado); SBPT, Recomendações para o manejo da asma (2020).

CONTROLE E ESCALONAMENTO | GINA 2024 ADAPTADO À GESTANTE

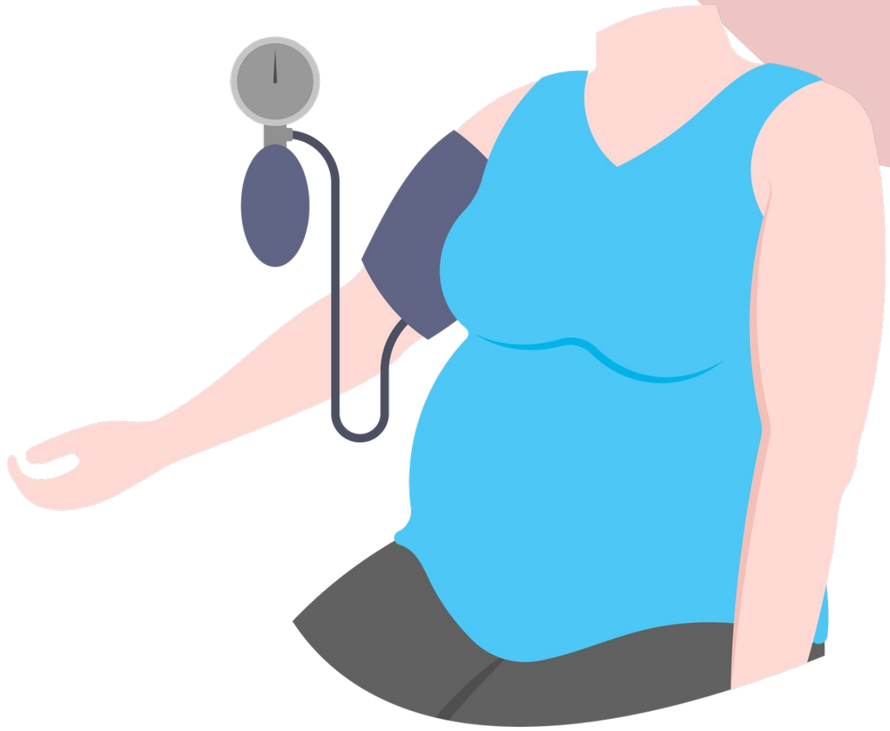
Controle (últimas 4 semanas)	Degrau	O que usar (SUS)
Sintomas diurnos › 2x/sem? Despertar noturno? Alívio › 2x/sem? Limitação de atividade?	Nenhum item = controlada; 1–2 = parcial; 3–4 = não controlada	Em toda consulta de pré-natal: perguntar os 4 itens, PFE, adesão e técnica
Sintomas ‹ 2x/mês	1–2	Budesonida/formoterol 200/6 µg conforme necessidade (via preferencial GINA) ou budesonida 200 µg 12/12 h + salbutamol de alívio
Sintomas quase diários ou despertar ≥ 1x/sem	3	Budesonida/formoterol 200/6 µg 12/12 h + de alívio (MART); alternativa: beclometasona 250 µg 12/12 h + salbutamol
Não controlada no degrau 3	4	Budesonida/formoterol 400/12 µg 12/12 h + de alívio; considerar montelucaste 10 mg/dia (seguro)
Persiste não controlada	5	Encaminhar à pneumologia: tiotrópio, biológicos (omalizumabe tem registro de segurança); prednisona oral na menor dose
Em qualquer degrau	—	Nunca suspender controlador; salbutamol isolado não é tratamento; espaçador; plano de ação; vacinas; parar de fumar

Fontes: GINA 2024; SBPT 2020; ACOG PB 90; NAEPP Working Group, Managing Asthma During Pregnancy (NHLBI 2004/2005).

CASO 2 | CHIADO NO PRONTO-SOCORRO, 28 SEMANAS

Renata, 31 anos, 28 semanas, G2P1, cozinheira.

Há 2 dias com coriza e tosse; há 6 horas, falta de ar progressiva. Usa beclometasona 'quando lembra'. Chega falando frases curtas, sentada, com tiragem leve.
FC 112, FR 28, PA 128/82, SatO2 92% em ar ambiente, Tax 37,6 °C. Sibilos difusos inspiratórios e expiratórios. Pico de fluxo 180 L/min (previsto 420 → 43%). BCF 158 bpm, útero sem contrações.
Gasometria arterial: pH 7,43, PaCO2 36 mmHg, PaO2 64 mmHg, HCO3 20. Radiografia de tórax (com proteção abdominal): hiperinsuflação, sem consolidação.



Crise leve, moderada ou grave? O que fazer na primeira hora? A PaCO2 de 36 tranquiliza? Interna?

Resolução do caso 2

Crise moderada a grave (PFE 43%, SatO2 92%, fala em frases curtas, FC › 110). Tratar agressivamente: a gestante não pode ficar hipóxica.

Primeira hora: O2 para SatO2 ≥ 95%; sentada ou em decúbito lateral esquerdo; salbutamol 4–8 jatos com espaçador (ou NBZ 2,5–5 mg) a cada 20 min, 3 vezes; ipratrópio 0,5 mg nas 3 primeiras; corticoide sistêmico JÁ: prednisona 40–50 mg VO ou hidrocortisona 200 mg IV.

A gasometria engana: na gestação a PaCO2 normal é 28–32 mmHg. PaCO2 de 36 já é hipercapnia relativa — sinal de fadiga, não de tranquilidade. PaO2 < 70 é hipoxemia para o feto. Repetir após o tratamento.

Sem resposta em 1 hora (PFE < 60% ou SatO2 < 92%): sulfato de magnésio 2 g IV em 20 min; UTI se sonolência, PaCO2 subindo, exaustão. Não sedar.

Feto e internação: ≥ 26–28 semanas: CTG contínua na crise; melhorar a mãe melhora o traçado — não é indicação de parto. Interna: PFE < 70% após tratamento ou SatO2 < 95%. Alta com PFE ≥ 70%, prednisona 40 mg/dia por 5–7 dias, controlador inalatório, retorno em 1 semana.



SatO2 alvo ≥ 95%

SABA + corticoide cedo

PaCO2 › 35 = alerta

CTG contínua na crise

Fontes: GINA 2024 (manejo da exacerbação); ACOG PB 90; SBPT 2020; NAEPP 2004; Cydulka RK, Immunol Allergy Clin North Am 2006 (asma aguda na gestação); Rede Alyne/MS, Urgências e emergências obstétricas.

CASO 3| ASMÁTICA NA SALA DE PARTO

Débora, 36 anos, 40 semanas e 3 dias, G3P2, professora.

Asma moderada persistente, controlada com budesonida/formoterol 200/6 µg 12/12 h. Há 5 semanas teve exacerbação e usou prednisona 40 mg/dia por 10 dias, depois 20 mg/dia por mais 3 semanas; suspendeu há 1 semana.

Internada para indução por pós-datismo: colo Bishop 3, feto cefálico, CTG categoria I, peso estimado 3.400 g.

Partos anteriores vaginais, o último com hemorragia pós-parto por atonia.

Sem sintomas respiratórios hoje; PFE 90% do previsto.

Pergunta se pode fazer 'a anestesia nas costas' e se o remédio da bombinha atrapalha o parto.



Como induzir? Qual anestesia? E se fizer atonia de novo — o que pode e o que não pode? Precisa de corticoide 'de estresse'?

Resolução do caso 3

Asmática controlada pode ter parto normal e indução como qualquer outra — só muda a lista de drogas que você não usa.

Indução: misoprostol 25 µg vaginal 6/6 h (PGE1 — não broncoconstringe) e ocitocina em seguida são seguros; dinoprostona (PGE2) também. Manter budesonida/formoterol no dia do parto; salbutamol à mão.

Analgesia e anestesia: peridural precoce — reduz consumo de O2 e evita anestesia geral se virar cesárea. Evitar morfina e meperidina (liberam histamina); fentanil é preferível. Anestesia geral só se inevitável (cetamina como indutor).

Se fizer atonia: ocitocina, misoprostol 800 µg e ácido tranexâmico 1 g IV são seguros. Carboprost (PGF2α) é CONTRAINDICADO — broncoespasmo grave. Metilergometrina: cautela, pode causar broncoespasmo; deixe por último.

Corticoide de estresse: sim — usou ≥ 20 mg/dia de prednisona por > 3 semanas no último mês: hidrocortisona 100 mg IV 8/8 h no trabalho de parto e nas 24 h seguintes. Amamentar: todas as drogas da asma são compatíveis. Sem propranolol; AINE só se não for asma sensível a aspirina.



Miso e ocitocina ok

Peridural precoce

Carboprost nunca

Hidrocortisona 8/8 h

Fontes: ACOG PB 90; NAEPP 2004; GINA 2024; FEBRASGO, Hemorragia pós-parto (2018) e Indução do parto; OMS, Recomendações para indução do trabalho de parto (2022); Towers CV et al., Am J Obstet Gynecol 2004 (carboprost e asma).

DROGAS DO PARTO E PUERPÉRIO NA ASMÁTICA

Pode usar

Ocitocina (indução, 3º período, atonia).
Misoprostol (PGE1) e dinoprostona (PGE2).
Ácido tranexâmico 1 g IV.
Peridural/raqui; fentanil; anestésicos locais.
Inalatórios, montelucaste e prednisona — mantidos no parto e na amamentação.
Cetamina ou propofol se anestesia geral; sevoflurano broncodilata.

Cautela

Metilergometrina 0,2 mg IM: pode causar broncoespasmo (pior com anestesia geral); só se o resto falhou.
Morfina e meperidina liberam histamina — preferir fentanil.
Betabloqueador: só cardiosseletivo (metoprolol) com indicação forte.
AINE no puerpério: contraindicado se asma sensível a aspirina (AERD); nas demais, pode.

Contraindicado

CARBOPROST (15-metil-PGF2α) — broncoespasmo grave; não tem no Brasil, mas cai em prova.
Propranolol e outros betabloqueadores não seletivos.
Sedar a paciente em crise.
Suspender o corticoide inalatório 'para o parto'.
Esquecer a hidrocortisona de estresse em quem usou prednisona ≥ 20 mg/dia por > 3 semanas.

Fontes: ACOG PB 90 (2008); NAEPP 2004; GINA 2024; FEBRASGO, HPP 2018; Hale TW, Medications and Mothers' Milk (lactação).

CRISE DE ASMA NA GESTANTE | FLUXOGRAMA SIMPLES

Dispneia + sibilos na gestante: FR, FC, SatO2, fala, PFE, BCF. Pensar também em embolia, pneumonia, edema agudo, pré-eclâmpsia

GRAVE? Fala palavras, FR > 30, FC > 120, SatO2 < 90%, PFE < 50%, sonolência, tórax silencioso → SIM: sala vermelha, O2, UTI/anestesia avisadas, MgSO4 2 g IV cedo

LEVE/MODERADA: O2 para SatO2 ≥ 95%; salbutamol 4–8 jatos (espaçador) ou NBZ 2,5–5 mg a cada 20 min x 3; ipratrópio 0,5 mg se moderada; corticoide sistêmico na 1ª hora (prednisona 40–50 mg VO)

Reavaliar em 1 hora: PFE, SatO2, FR, fala. Gasometria se grave ou sem melhora (PaCO2 › 35 na gestante = fadiga). CTG contínua se ≥ 26–28 semanas. Decúbito lateral esquerdo

BOA RESPOSTA: PFE ≥ 70%, SatO2 ≥ 95%, sem desconforto → alta com prednisona 40 mg/dia 5–7 dias + controlador inalatório + retorno em 7 dias

RESPOSTA PARCIAL: PFE 50–69% → internar em enfermaria; manter SABA 1–4/4 h, corticoide, O2; reavaliar a cada 2–4 h

SEM RESPOSTA / PIORA: PFE < 50%, SatO2 < 92%, PaCO2 subindo, exaustão → MgSO4 se não fez, UTI; intubação por quem domina via aérea da gestante

O parto NÃO trata a crise: estabilize a mãe primeiro. Cesárea só por indicação obstétrica — e com a asma compensada

Fontes: GINA 2024; SBPT 2020; ACOG PB 90; NAEPP 2004; Rede Alyne/MS.

Pegadinha de prova

Gestante de 29 anos, 34 semanas, asmática, em uso de budesonida inalatória, evolui com hemorragia pós-parto por atonia uterina após parto vaginal, sem resposta à ocitocina. Quanto ao uterotônico de segunda linha, é correto afirmar:

A Carboprost (15-metil-prostaglandina F2α) é a droga de escolha por sua rápida ação uterotônica.

B Misoprostol está contraindicado, pois todas as prostaglandinas causam broncoespasmo em asmáticas.

C Misoprostol (PGE1) pode ser usado; carboprost (PGF2α) é contraindicado pelo risco de broncoespasmo grave.

D Metilergometrina é a única opção segura, pois não interfere na via aérea.

E Deve-se suspender o corticoide inalatório antes de qualquer uterotônico para evitar interação medicamentosa.

Pegadinha de prova

Gestante de 29 anos, 34 semanas, asmática, em uso de budesonida inalatória, evolui com hemorragia pós-parto por atonia uterina após parto vaginal, sem resposta à ocitocina. Quanto ao uterotônico de segunda linha, é correto afirmar:

A Carboprost (15-metil-prostaglandina F2α) é a droga de escolha por sua rápida ação uterotônica.

B Misoprostol está contraindicado, pois todas as prostaglandinas causam broncoespasmo em asmáticas.

C Misoprostol (PGE1) pode ser usado; carboprost (PGF2α) é contraindicado pelo risco de broncoespasmo.

D Metilergometrina é a única opção segura, pois não interfere na via aérea.

E Deve-se suspender o corticoide inalatório antes de qualquer uterotônico para evitar interação medicamentosa.

PARA LEVAR

1

O perigo para o feto é a asma descontrolada, não a bombinha. Budesonida inalatória é o corticoide mais estudado na gestação — nunca suspender o controlador.

2

Crise: O2 para SatO2 ≥ 95%, salbutamol a cada 20 min x 3, corticoide sistêmico na primeira hora. PaCO2 'normal' (> 35) na gestante é fadiga, não alívio.

3

Reavalie em 1 hora: PFE ≥ 70% vai para casa com prednisona e controlador; < 50% ou SatO2 < 92% é UTI. CTG contínua ≥ 26–28 semanas; o parto não trata a crise.

4

No parto: misoprostol, dinoprostona e ocitocina podem; carboprost nunca; metilergometrina com cautela. Peridural precoce; hidrocortisona de estresse se usou prednisona ≥ 20 mg/dia por > 3 semanas.