
Recomendações da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia para pacientes com Asma durante a COVID-19

Arq Asma Alerg Imunol. 2020;4(1):133-4.
<http://dx.doi.org/10.5935/2526-5393.20200013>

Pacientes com asma não são mais propensos a adquirir a infecção por coronavírus, porém são mais propensos a desenvolver complicações, se infectados pelo novo coronavírus. Além da asma, outras comorbidades devem ser controladas, tais como diabetes, hipertensão arterial e imunodeficiências primárias, para reduzir o risco de infecção grave. Portanto, o mais importante será não interromper o tratamento da asma. Em caso de dúvida, o paciente deverá pedir auxílio e orientações ao seu médico assistente.

USO DE CORTICOSTEROIDES INALATÓRIOS NA ASMA - recomendação de manter o uso.

O tratamento da asma está baseado em corticosteroides inalatórios para controle da inflamação bronco-pulmonar, redução de sintomas e exacerbações. Essas medicações não devem ser abandonadas, nem tampouco retiradas do tratamento do paciente com asma. O uso regular e correto de medicações inalatórias deve ser preconizado independente da circulação do coronavírus.

As exacerbações são as principais causas de morbidade em pacientes com asma. A associação entre doenças virais respiratórias e exacerbação da asma é bem conhecida, e um número relevante de agentes virais já foi identificado. Muitos destes grupos virais aumentam a inflamação brônquica e alérgica, causando danos às estruturas respiratórias, epitélio e endotélio.

USO DE CORTICOSTEROIDES ORAIS NA EXACERBAÇÃO DA ASMA - recomendação de manter o uso na menor dose necessária prescrita pelo médico assistente.

Durante as exacerbações, o uso de corticosteroide oral em doses preconizadas deverá ser utilizado com parcimônia e sob orientação médica. A ausência de controle da inflamação na asma pode promover exacerbações graves e morte por asfixia em um subgrupo de pacientes.

O corticosteroide sistêmico tem sido utilizado em pneumonias graves por coronavírus com resultados conflitantes. Em estudos observacionais, o uso de corticosteroide em doses baixas ou moderadas tem beneficiado pacientes com lesão pulmonar aguda e reduzido a inflamação causada pela infecção viral. Entretanto, não existem evidências de que o uso de corticosteroide oral reduza a mortalidade por pneumonia ou choque séptico causado pelo coronavírus.

ESPIROMETRIA E INFECÇÃO RESPIRATÓRIA - realizar o exame apenas se for essencial para diagnóstico ou condução do paciente.

O emprego de espirometria como teste de função pulmonar poderá ser limitado aos pacientes com asma em que seja essencial a avaliação da função pulmonar. Na presença de sintomas respiratórios gripais ou exacerbações, deverá ser postergada até a melhora do paciente. Os espirômetros portam filtros que devem ser trocados para cada paciente após a realização do exame. Estudo recente observou correlação entre as viroses respiratórias (altas e baixas) de pacientes submetidos à espirometria e as culturas do filtro do espirômetro, indicando ser este um possível meio de contaminação.

NEBULIZADORES - uso com restrição.

Reservatórios de nebulizadores são potenciais fontes de contaminação. Estudos de culturas de microrganismos em máscaras e copos de nebulizadores utilizados em pacientes com fibrose cística mostraram proporção significativa de nebulizadores contaminados (71%) por microrganismos potencialmente patogênicos. Pacientes com asma deverão utilizar seus dispositivos inalatórios, em aerossol dosimetrado ou inalador de pó, de forma individual, sem compartilhamento. Quando possível, o uso de nebulizadores em serviços de urgência deve ser evitado.

IMUNOBIOLOGICOS – pacientes em uso devem manter o tratamento. A interrupção do tratamento deve ser avaliada individualmente.

Não existem evidências ou ensaios clínicos que avaliem o efeito imunossupressor ou potencializador de respostas antivirais com os agentes imunobiológicos utilizados para tratamento adjuvante da asma. Não foram identificados estudos específicos sobre o coronavírus. Pacientes em uso de biológicos apresentam asma grave e devem ser monitorados cuidadosamente, além de tomar todas as medidas de controle.

Não foram declarados conflitos de interesse associados à publicação desta carta.

Adelmir de Souza Machado
Ana Carla Augusto Moura Falcão
Faradiba Sarquis Serpa
Flávio Sano
José Ângelo Rizzo
José Elabras Filho
Pedro Francisco Giavina Bianchi Jr.
Tessa Rachel Tranquillini Gonçalves
Dirceu Solé
Gustavo Falbo Wandalsen

Departamento Científico de Asma - ASBAI

Recomendações da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia para orientação dos pacientes com Imunodeficiências durante a pandemia COVID-19

Arq Asma Alerg Imunol. 2020;4(1):134-5.

<http://dx.doi.org/10.5935/2526-5393.20200014>

A grande maioria das pessoas (80%) que têm se infectado pelo novo coronavírus apresenta quadros sem gravidade, de uma gripe comum, e não demanda cuidados especiais. À doença provocada por esse coronavírus chamamos COVID-19. Entretanto, aproximadamente 20% dos indivíduos têm apresentado quadros respiratórios que necessitam de assistência médica, sendo 5% delas, quadros mais graves (Síndrome Res-

piratória Aguda Grave – SARS-CoV-2), necessitando de internação em unidade de terapia intensiva e uso de ventilação mecânica precoce. Ainda assim, a maior parte dos pacientes graves, sobrevive. A taxa de mortalidade total está em torno de 2,3%, mas provavelmente é superestimada, pois casos oligossintomáticos não estão computados. As pessoas idosas e/ou que apresentam comorbidades são as que têm maior risco de apresentar quadros respiratórios graves e maior risco de morte. São doenças que implicam em maior risco: cardiopatias, diabetes, doenças respiratórias crônicas e doenças, ou uso de medicamentos que afetam o sistema imune. Aparentemente, as crianças se infectam tanto quanto os adultos e idosos, mas têm apresentado quadros clínicos de menor gravidade.

Indivíduos com diagnóstico de alguma imunodeficiência primária ou erro inato da imunidade (EII), dependendo do tipo de defeito do sistema imune, podem apresentar maior risco que as demais pessoas para se infectar pelo coronavírus e de ter a doença respiratória grave por esse vírus.

Pacientes com imunodeficiência combinada grave são, a princípio, os de maior risco, tanto antes, como após transplante de células tronco hematopoiéticas. Pacientes com EII que foram recentemente transplantados e/ou aqueles que usam medicamentos imunossupressores para o tratamento de manifestações de autoimunidade são considerados de risco para quadros mais graves de COVID-19.

É preciso enfatizar que os pacientes que apresentam defeitos na produção de anticorpos, os EII mais comuns, a princípio, não apresentam maior risco de infecção pelo coronavírus, nem de ter um quadro respiratório grave. Porém, apresentam maior risco de ter uma complicação bacteriana após a infecção viral, como acontece após muitas outras infecções virais.

Pacientes que recebem imunoglobulina mensalmente não estão mais protegidos da COVID-19 que os outros indivíduos, pois os anticorpos que recebem passivamente foram coletados do plasma dos doadores muito antes do início dessa pandemia. Por isso, nos produtos comerciais em uso no presente momento, ainda não há anticorpos específicos para esse vírus. Também por conta disso, não está indicado, até o momento, usar imunoglobulina humana com objetivo de transferir anticorpos para o tratamento de quadros graves de COVID-19 na população em geral. Tem-se procurado isolar anticorpos específicos para o coronavírus de pessoas que se recuperaram dessa infecção, mas isso ainda não está em uso.