

Nota Técnica 54707

Data de conclusão: 17/11/2021 23:17:44

Paciente

Idade: 61 anos

Sexo: Feminino

Cidade: Porto Alegre/RS

Dados do Advogado do Autor

Nome do Advogado: -

Número OAB: -

Autor está representado por: -

Dados do Processo

Esfera/Órgão: Justiça Federal

Vara/Serventia: Juízo Substituto da 5ª Vara Federal de Porto Alegre

Tecnologia 54707

CID: J45.0 - Asma predominantemente alérgica

Diagnóstico: Asma predominantemente alérgica

Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s): Laudo médico e resultado de exame espirométrico.

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Medicamento

Registro na ANVISA? Sim

Situação do registro: Válido

Nome comercial: -

Princípio Ativo: BROMETO DE TIOTRÓPIO + BROMETO DE TIOTRÓPIO MONOIDRATADO

Via de administração: VO

Posologia: brometo de tiotrópio 2,5 mcg/dose, inalar 2 jatos 1x ao dia, por uso contínuo.

Uso contínuo? Sim

Duração do tratamento: (Indeterminado)

Indicação em conformidade com a aprovada no registro? Sim

Previsto em Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Min. da Saúde para a situação clínica do demandante? Não

O medicamento está inserido no SUS? Não

Oncológico? Não

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: BROMETO DE TIOTRÓPIO + BROMETO DE TIOTRÓPIO MONOIDRATADO

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: Para tratamento de asma, o SUS disponibiliza beclometasona, budesonida, fenoterol, formoterol, formoterol + budesonida, salbutamol, salmeterol e prednisona [\(1\)](#).

Existe Genérico? Não

Existe Similar? Não

Custo da Tecnologia

Tecnologia: BROMETO DE TIOTRÓPIO + BROMETO DE TIOTRÓPIO MONOIDRATADO

Laboratório: -

Marca Comercial: -

Apresentação: -

Preço de Fábrica: -

Preço Máximo de Venda ao Governo: 232,95

Preço Máximo ao Consumidor: -

Custo da Tecnologia - Tratamento Mensal

Tecnologia: BROMETO DE TIOTRÓPIO + BROMETO DE TIOTRÓPIO MONOIDRATADO

Dose Diária Recomendada: -

Preço Máximo de Venda ao Governo: -

Preço Máximo ao Consumidor: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: BROMETO DE TIOTRÓPIO + BROMETO DE TIOTRÓPIO MONOIDRATADO

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: O brometo de tiotrópio é um agente antimuscarínico específico de longa duração, comumente denominado anticolinérgico, que apresenta afinidade similar aos subtipos de receptores muscarínicos M1 a M5. Nas vias aéreas, a inibição de receptores M3 promove relaxamento da musculatura lisa. A longa duração do efeito é provavelmente devido à dissociação muito lenta dos receptores M3, significativamente maior que a observada com o ipratrópio. Por ser um anticolinérgico N-quaternário, o tiotrópio é tipicamente bronco-seletivo quando administrado por inalação, demonstrando uma margem terapêutica aceitável antes de apresentar efeitos anticolinérgicos sistêmicos (6–8).

Revisão sistemática e meta-análise do grupo Cochrane investigou a eficácia e a segurança da adição de antagonista muscarínico de ação prolongada, como o brometo de tiotrópio, a esquema de tratamento similar ao utilizado pela parte autora (β 2-agonistas de ação prolongada e corticosteróides inalatórios) em adultos com asma não controlada (9). Foram incluídos exclusivamente ensaios clínicos randomizados com, pelo menos, 12 semanas de duração. Foram encontrados quatro estudos comparando antagonista muscarínico de ação prolongada, como o tiotrópio, com placebo em participantes em uso de β 2-agonistas de ação prolongada e corticosteróides inalatórios, totalizando 1.197 participantes. O brometo de tiotrópio foi prescrito na dose de 5 mcg ao dia (mesma dosagem utilizada pela parte autora). Depois de entre 48 e 52 semanas de seguimento, o brometo de tiotrópio não reduziu o número de exacerbações quando comparado ao grupo controle (Razão de Chances/RC de 0,76; IC95% 0,57 a 1,02). Se considerado que apenas diferenças superiores a 0,5 pontos na escala Asthma Quality of Life Questionnaire são clinicamente relevantes, tem-se que brometo de tiotrópio não alterou a qualidade de vida dos participantes (diferença média de 0,09; IC95% -0,03 a 0,20). Por fim, o impacto do brometo de tiotrópio em desfechos graves, como mortalidade, foi inconsistente (RC 0,60; IC95% 0,24 a 1,47).

Em seu recente relatório a CONITEC fez ampla avaliação da literatura acerca do uso tiotrópio em pacientes com asma (5). Em resumo, conclui-se que a literatura disponível dá suporte ao uso do tiotrópio como um complemento ao padrão de tratamento em pessoas com asma moderada e grave, com controle inadequado da doença. Esses tratamentos melhoram o volume expirado no primeiro segundo (medida espirométrica) VEF1. Não houve, no entanto, diferença observada para os desfechos exacerbações, exacerbação com hospitalização, qualidade de vida e uso de corticosteróide oral. Os efeitos adversos foram semelhantes naqueles que usaram tiotrópio e que não o utilizaram. A qualidade das evidências foi considerada alta para a maior parte dos desfechos (função pulmonar, qualidade de vida, controle de sintomas e efeitos adversos) na população adulta, e baixa a moderada para evidência referente a crianças e adolescentes. Frente a estes dados, a comissão recomendou a não incorporação do medicamento para asma.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: Em pacientes já em uso de corticoide inalatório e beta agonista de longa duração, ausência de benefício no controle da asma

(diminuição de exacerbações) e qualidade de vida.

Recomendações da CONITEC para a situação clínica do demandante: Não Recomendada

Conclusão

Tecnologia: BROMETO DE TIOTRÓPIO + BROMETO DE TIOTRÓPIO MONOIDRATADO

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: Há evidência de elevada qualidade metodológica indicando ausência de eficácia do brometo de tiotrópio, quando acrescentado ao esquema terapêutico de pacientes com diagnóstico de asma não controlada, em uso de β 2-agonistas de ação prolongada e corticosteróides inalatórios.

Há evidências científicas? Sim

Justifica-se a alegação de urgência, conforme definição de Urgência e Emergência do CFM? Não

Referências bibliográficas: 1. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Asma. 2021. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Protocolos/20210830_PCDT_Aasma_PT14.pdf

2. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. 2021. Disponível em: www.ginasthma.org

3. Menezes AMB, Wehrmeister FC, Horta B, Szwarcwald CL, Vieira ML, Malta DC. Prevalência de diagnóstico médico de asma em adultos brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Rev Bras Epidemiol. 2015;18:204–13.

4. Pizzichini MMM, Carvalho-Pinto RM de, Cançado JED, Rubin AS, Cerci Neto A, Cardoso AP, et al. Recomendações para o manejo da asma da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia-2020. J Bras Pneumol. 2020;46(1).

5. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC. Tiotrópio para tratamento da Asma Moderada e grave em pacientes adultos e crianças (com idade de 6 anos ou mais). Relatório de recomendação número 612. Maio de 2021. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2021/20210602_Relatorio_612_tiotropio_asma_P19.pdf

6. National Institute for Health and Care Excellence. Asthma: tiotropium (Spiriva Respimat). 2015. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/advice/esnm55/resources/asthma-tiotropium-spiriva-respimat-pdf-1502681046435781>

7. Adams KS, Lowe DK. Tiotropium for adults with inadequately controlled persistent asthma. Ann Pharmacother. 2013;47(1):117–23.

8. Price D, Kaplan A, Jones R, Freeman D, Burden A, Gould S, et al. Long-acting muscarinic antagonist use in adults with asthma: real-life prescribing and outcomes of add-on therapy with tiotropium bromide. J Asthma Allergy. 2015;8:1.

9. Kew KM, Dahri K. Long-acting muscarinic antagonists (LAMA) added to combination long-acting beta 2-agonists and inhaled corticosteroids (LABA/ICS) versus LABA/ICS for adults with asthma. Cochrane Database Syst Rev. 2016;(1).

10. Willson J, Bateman ED, Pavord I, Lloyd A, Krivasi T, Esser D. Cost effectiveness of tiotropium in patients with asthma poorly controlled on inhaled glucocorticosteroids and long-acting β -agonists. Appl Health Econ Health Policy. 2014;12(4):447–59.

11. [Domínguez-Ortega J, Phillips-Anglés E, Barranco P, Quirce S. Cost-effectiveness of asthma therapy: a comprehensive review. J Asthma. 2015;52\(6\):529–37.](#)

NatJus Responsável: RS - Rio Grande do Sul

Instituição Responsável: TelessaúdeRS-UFRGS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: A parte autora apresenta laudo médico informando ser portador de asma grave, com exacerbações frequentes e apresentando dispneia, tosse seca e sibilância recorrente. Trata-se de paciente ex-tabagista, abstinente há mais de três décadas, com carga tabágica leve. Apresentou exacerbação asmática grave em agosto deste ano, sendo submetida à internação hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva e ao uso de ventilação mecânica. Em espirometria realizada no período de internação e durante uso de tratamento medicamentoso, observa-se Capacidade Vital Forçada (CVF) aferida em 84% em relação ao valor esperado para sua idade, sexo, peso e altura, além de Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo (VEF1) aferido em 82% em relação ao esperado. Encontra-se em uso de formoterol associado à budesonida e tiotrópio. Para garantia da continuidade do tratamento triplo prescrito, pleiteia acesso ao brometo de tiotrópio.

A asma é definida e diagnosticada mediante a combinação de critérios clínicos e funcionais, obtidos por anamnese, exame físico e exames de função pulmonar (espirometria) (1). A prevalência mundial de asma varia de 1 a 18%, representando mais de 330 milhões de pessoas afetadas. Destes, estima-se que 5 a 10% dos casos sejam de asma grave (2). No Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) conduzida em 2013, estimou a prevalência de diagnóstico médico de asma na população adulta brasileira em 4,4% (3).

O objetivo do tratamento da asma é a melhora da qualidade de vida, obtida pelo controle dos sintomas e melhora ou estabilização da função pulmonar (1). Em Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, indica-se tratamento de asma persistente moderada com corticoide inalatório em doses médias a altas (por exemplo, o dipropionato de beclometasona), associados a agonistas β_2 adrenérgicos de curta ação para as crises (como o salbutamol). Caso insuficientes para o controle dos sintomas, pode-se acrescentar agonistas β_2 adrenérgicos de longa ação (como o formoterol). Se os sintomas persistirem, considera-se a possibilidade de tratamento com corticoide sistêmico. Em casos de difícil manejo, as Recomendações para o Manejo da Asma, da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, sugerem a adição de brometo de tiotrópio ou de montelucaste ao esquema de corticoide inalatório e agonista β_2 adrenérgicos de longa ação (4). Já o Relatório da Global Strategy for Asthma Management and Prevention (GINA), atualizado em 2021, apesar de recomendar o uso da terapia tripla em pacientes que não alcançaram o controle dos sintomas com o uso associado de corticoide inalatório e agonista β_2 adrenérgicos de longa ação, destaca que esta estratégia é capaz de melhorar as funções pulmonares, sem, no entanto, controlar os sintomas da condição (2), motivo pelo qual o relatório recomenda que seja considerado uso de corticoestróide inalatório em dose otimizada, antes da introdução de um terceiro fármaco, estratégia que pode ser mais efetiva no manejo dos sintomas. Por fim, o relatório GINA reforça que seja observado o uso correto dos inaladores e a adesão ao tratamento, motivos que respondem por aproximadamente 80% dos casos de asma grave não controlada.