

Recomendações para o diagnóstico e tratamento da ASMA

Adolescentes e adultos

Colégio da Especialidade de Pneumologia da Ordem dos Médicos de Angola
Sociedade Angolana de Pneumologia - SAPN

2019

Asma

Doença inflamatória crónica das vias aéreas, que resulta da interacção entre factores genéticos, exposição ambiental e outros factores específicos que levam ao desenvolvimento e manutenção dos sintomas. A inflamação crónica está associada à hiper-reatividade brônquica, que leva a episódios recorrentes de pieira/sibilos, dispneia, opressão torácica e tosse geralmente não produtiva, principalmente à noite, de madrugada ou início da manhã. Estes episódios são consequência da obstrução ao fluxo aéreo generalizada e variável, reversível espontaneamente ou com tratamento^{1,2}.

Diagnóstico

O diagnóstico da asma é clínico, sugerido por um ou mais sintomas como dispneia, tosse crónica, pieira, opressão ou desconforto torácico, sobretudo à noite ou nas primeiras horas da manhã. As manifestações que sugerem fortemente o diagnóstico de asma são a variabilidade dos sintomas, o desencadeamento de sintomas por irritantes inespecíficos (fumaças, cheiros fortes e exercício) ou por aeroalergénios (ácaros, fungos, pólenes, epitélio de animais, barata), o agravamento dos sintomas a noite e a melhoria espontânea ou após o uso de medicamentos específicos para asma². A asma de início tardio pode estar relacionada com exposições ocupacionais.

O exame físico geralmente é inespecífico. A presença de sibilos é indicativa de obstrução ao fluxo aéreo, contudo pode não ocorrer em todos os doentes. Embora o diagnóstico clínico da asma em sua forma clássica de apresentação não seja difícil, a confirmação deve ser feita por um método objectivo, uma vez que os sintomas e sinais da asma não são exclusivos dessa condição. Os testes de diagnósticos disponíveis na prática clínica incluem a Espirometria com prova de broncodilatação e medidas seriadas do Pico Expiratório Forçado (PEF)³.

Testes da função pulmonar

Preferencial	Espirometria com alteração obstrutiva reversível após broncodilatador
Diminuição do VEF ₁ /CVF e	<70%
Aumento do VEF ₁ após broncodilatador	≥200 mL e ≥12%
Alternativo	Variabilidade do PEF
Aumento após o uso de broncodilatador ou	60 L /minuto (mínimo ≥20%)
Variabilidade diurna	>8 % com base na leitura 2 vezes ao dia >20% com base em várias leituras diárias

VEF₁/CVF: Relação entre o volume expiratório forçado no primeiro segundo e a capacidade vital forçada; VEF₁: Volume expiratório forçado no primeiro segundo; PEF: Pico expiratório forçado

Tratamento da asma

O objectivo do tratamento da asma é obter e manter o controlo dos sintomas da doença, prevenir complicações e consequente melhoria da qualidade de vida do doente³. O doente é considerado controlado se cumprir os seguintes parâmetros:

Parâmetros	Frequência
Sintomas diários	< 2 vezes/semana
Sintomas nocturnos	Nenhum
Actividade física	Normal
Agudizações	Ligeiras e infrequentes
Ausência no trabalho ou escola devido a asma	Nenhuma
Necessidade de tratamento de alívio	< 2 vezes/semana

Abordagem personalizada da asma:

Monitorização dos sintomas, da função respiratória e da qualidade de vida²

- Sintomas
- Agudizações
- Efeitos colaterais
- Função pulmonar
- Satisfação do doente



- Confirmação do diagnóstico
- Controlo dos sintomas e factores de risco (incluindo a função pulmonar)
- Comorbidades
- Técnica inalatória e aderência
- Preferência do doente

- Fármacos para asma
- Tratamento das comorbidades e dos factores de risco modificáveis
- Estratégias não farmacológicas
- Educação e treinamento

	DEGRAU 1	DEGRAU 2	DEGRAU 3	DEGRAU 4	DEGRAU 5
Tratamento de control					
Preferencial	Dose baixa CSI-formoterol sempre que necessário	Dose baixa CSI diário ou Dose baixa CSI-formoterol sempre que necessário	Dose baixa CSI-LABA	Dose média CSI-LABA	Dose alta CSI-LABA Referenciar ao especialista Avaliar, adicionar Tiotrópio, anti-IgE, anti-IL5/5R, anti-IL/4R
Alternativo	Dose baixa CSI sempre que SABA for usado	ARLT ou Dose baixa CSI sempre que SABA for usado	Dose média CSI ou dose baixa CSI+ARLT*	Dose alta CSI + Tiotrópio ou ARLT*	Adicionar dose baixa de CSO (considerar efeitos colaterais)
Tratamento de alívio	Dose baixa CSI-formoterol sempre que necessário SABA sempre que necessário				
Preferencial					
Alternativo					

CSI: Corticosteroide inalatório; LABA: Beta 2 agonista de longa acção; ARLT: Antagonista dos receptores de leucotrienos; CSO: Corticosteroide oral; IgE: Imunoglobulina E; IL: Interleucina; * Considerar nos doentes com rinite alérgica e FEV₁ >70% do previsto

Fármacos de alívio (uso na crise)

Preferencial

Associação formoterol/CSI

Alternativo

SABA (salbutamol)

CSI: Corticosteroide inalatório

SABA: Beta 2 agonista de curta acção

Fármacos de uso contínuo

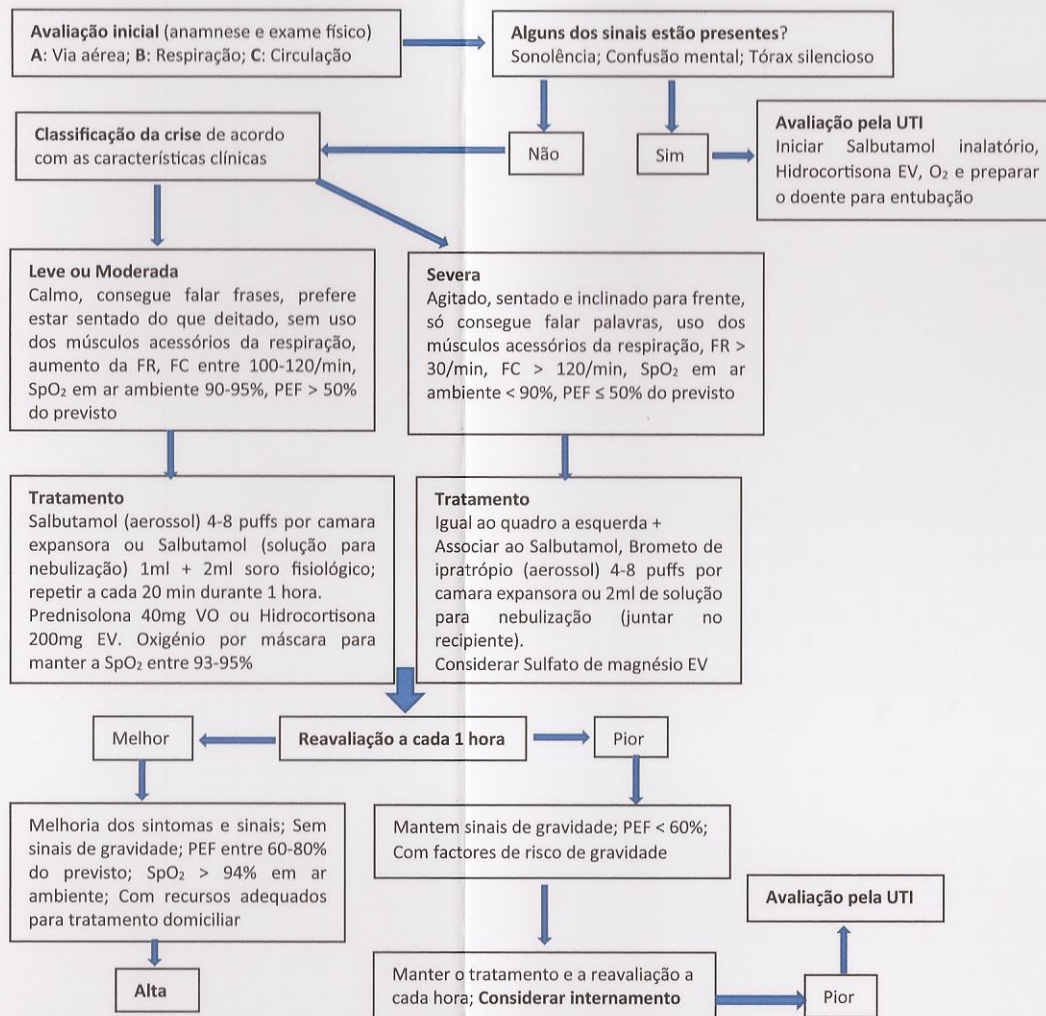
(tratamento de control)

	Adolescentes ≥ 12 anos e adultos (Dose diária em microgramas)		
	Baixa	Média	Alta
Beclometasona	≤ 250	251-500	> 500
Budesonida	≤ 400	401-800	> 800
Fluticasona	≤ 250	251-500	> 500

- Confirmação do diagnóstico
- Controlo dos sintomas e factores de risco (incluindo a função pulmonar)
- Comorbidades
- Técnica inalatória e aderência
- Preferência do doente

- Fármacos para asma
- Tratamento das comorbidades e dos factores de risco modificáveis
- Estratégias não farmacológicas
- Educação e treinamento

Algoritmo da abordagem e tratamento da crise asmática²



Indicação de exame complementar

Crise grave, PEF < 50% ou SpO ₂ < 93%	Gasometria arterial
Crise grave, suspeita de comorbidades ou complicações	Radiografia do tórax
Crise grave, comorbidade cardiovascular ou DPOC	Electrocardiograma
Suspeita de infecção	Hemograma*
Comorbidade cardiovascular, uso de diuréticos ou altas doses de SABA	Ionograma

PEF: Pico expiratório forçado; SpO₂: Saturação periférica de oxigénio;
DPOC: Doença pulmonar obstrutiva crónica; SABA: Beta 2 agonista de curta acção
*Pode haver leucocitose/neutrofilia 4 horas após o uso de corticosteroide sistémico

Não recomendado na crise

Antibióticos	Excepto se evidências de infecção
Sedativos	Causam depressão do centro respiratório

Recomendações na alta

Iniciar ou manter tratamento por via inalatória
Usar correctamente os dispositivos inalatórios
Usar prednisolona (salvo em crises muito leves) na dose de 1mg/kg/dia (máx.50mg/dia), preferencialmente pela manhã, por 5 a 7 dias
Referenciar a consulta de especialidade, 7 dias após a alta

Referências bibliográficas

1. Network GA. *The Global Asthma Report Asthma Affects.*; 2018.
2. GINA. *Global Strategy for Asthma Management and Prevention.*; 2019.
3. GINA. *Global Strategy For Asthma Management and Prevention.*; 2017.

Recomendações para o diagnóstico e tratamento da ASMA

Adolescentes e adultos

Colégio da Especialidade de Pneumologia da Ordem dos Médicos de Angola
Sociedade Angolana de Pneumologia - SAPN

2019

Patrocínio: AstraZeneca