

CURSO INTERACTIVO

Asma brônquica

COORDENADOR

J. Agostinho Marques

EDITOR

Renato Sotto-Mayor

PROGRAMA DO CURSO (1997)

- I. INTRODUÇÃO (Janeiro/Fevereiro)
J. Agostinho Marques
- II. EPIDEMIOLOGIA E ETIOLOGIA (Janeiro/Fevereiro)
José Alves
- III. CLÍNICA (Março/Abril)
Fernando Barata
- IV. DIAGNÓSTICO (Maio/Junho)
Alice Pêgo
- V. TERAPÊUTICA NO AMBULATÓRIO (Julho/Agosto)
Maria João Valente
- VI. TERAPÊUTICA NA URGÊNCIA (Setembro/Outubro)
João Valença
- VII. EDUCAÇÃO DO DOENTE ASMÁTICO (Novembro/Dezembro)
Alda Manique

NOTA: A acompanhar cada capítulo publicar-se-á um teste de auto-avaliação dirigido a médicos da Carreira de Clínica Geral. Cada questão admite 5 hipóteses, devendo indicar-se as verdadeiras (v) ou falsas (f) no local próprio. O Colega poderá enviar uma cópia do teste, com as respectivas respostas e o seu nome, morada, local de trabalho e telefone para a Sede da Sociedade Portuguesa de Pneumologia (Apartado 1147 - 1053 Lisboa Codex), ao cuidado do Editor do Curso.

No final do Curso, que incluirá no total 6 testes, serão sorteadas, dentro dos Colegas mais bem classificados, 2 inscrições, respectivo transporte e alojamento para o Congresso Anual da *American Thoracic Society* (1998) e da *European Respiratory Society* (1998), e ainda um espirómetro portátil, por oferta da GlaxoWellcome.

III. CLÍNICA DA ASMA

FERNANDO JOSÉ BARATA

Serviço de Pneumologia
Centro Hospitalar de Coimbra

Entidade clínica com referências desde a antiguidade (2000 anos A.C.), apenas no século XVII encontra-

mos descrições da sua patogenia e clínica, mas só no nosso século, a asma é percebida como um problema de saúde pública com morbilidade e mortalidade significativa.

Nas duas últimas décadas foram milhares as reuniões, congressos e publicações sobre este tema a nível mundial.

Para o doente com asma, família e sociedade em

geral é hoje entendida como uma doença crónica, uma doença para toda a vida. O asmático define-a como uma doença com crises, intervaladas por períodos assintomáticos de bem estar, de duração variável. Ao clínico cabe perceber, entender e avaliar a doença e o seu doente e depois orientar o tratamento de forma a reduzir os períodos sintomáticos, a sua duração e gravidade, ou de outra forma, prolongar os períodos assintomáticos.

Em 1958, no "Ciba Foundation Chest Symposium", definiu-se asma como uma doença caracterizada por uma constrição generalizada das vias aéreas com modificação da gravidade em curtos períodos de tempo, quer espontaneamente, quer sob a acção terapêutica excluídas as doenças cardiovasculares. Posteriormente conceitos como inflamação e hipersensibilidade foram adicionados à definição, sem que com isso asma adquirisse maior especificidade pois tais características estão presentes na bronquite crónica, fibrose quística ou rinite atópica.

Ontem como hoje, na percepção diagnóstica, a clínica é fundamental. Uma anamnese correcta, complementada pelo exame físico e por uma avaliação funcional sumária são os passos iniciais e imprescindíveis da avaliação de um doente com asma.

A **anamnese** deverá ser tão pormenorizada quanto possível. Devemos caracterizar com exactidão:

- ✓ início das queixas e factores relacionados com a primeira crise, nomeadamente exposição maciça a um alérgeno ou uma infecção viral.

- ✓ manifestações alérgicas prévias.

- ✓ eventual quadro prodrómico, por exemplo, crises esternutatórias, prurido nasal ou mentoniano, obstrução nasal, conjuntivite ou tosse espasmódica.

- ✓ factores desencadeantes nomeadamente o pó da casa, os ácaros (artrópodes microscópicos vulgares da habitação), os pólenes, os pêlos de animais domésticos (aves, cães, gatos), fungos, componentes de algodão, lã, fibras ou palhas, etc.

- ✓ relação das crises com emoções, riso ou infecções.

- ✓ relação das crises com a toma de fármacos (aspirina, AINES, etc.)

- ✓ relação das crises com esforço (particularmente evidente em crianças e adolescentes, maioritariamente manifestado no final do esforço mais intenso, de curta duração e regressão muitas vezes espontânea)

- ✓ frequência das crises, horário de aparecimento, sua duração e intensidade, remissão espontânea ou com a medicação.

- ✓ necessidade de recurso ao hospital e eventuais internamentos.

- ✓ necessidade de faltas à escola ou ao trabalho.

- ✓ períodos intercrises com especificação da duração e medicação.

Os principais **sintomas** de um doente com asma são:

- tosse.

- pieira

- aperto torácico

- dispneia

Estes podem aparecer isolados ou em associação. A tosse, habitualmente seca, pode aparecer numa fase precoce ou mais tardiamente, de predomínio nocturno ou associada ao exercício. O aperto torácico, frequente, está muitas vezes relacionado com o exercício. A dispneia é predominantemente expiratória.

Estes sintomas isolados não permitem o diagnóstico de asma.

É a coexistência dos sintomas, o seu carácter recorrente e o seu aparecimento após a exposição a factores conhecidos como desencadeadores de asma, muitas vezes associado a um agravamento nocturno do quadro que torna provável o diagnóstico.

As crises de asma são episódicas mas a inflamação das vias aéreas está cronicamente presente. Um estímulo (alérgeno, vírus, polen, fumo, etc) para estas vias aéreas hipersensíveis condicionarão uma maior obstrução, uma maior limitação ao fluxo aéreo, isto é, uma crise.

A crise de asma surge muitas vezes de forma súbita, após a exposição a uma multiplicidade de estímulos (um alérgeno específico, um exercício físico violento, uma infecção respiratória viral, uma emoção, etc). No início o doente sente muitas vezes um aperto torácico, associado a uma tosse seca. A sua respiração torna-se

áspera, trabalhosa, mais rápida, com dificuldade de predomínio expiratório. Se a crise se mantém, já ansioso, prefere estar sentado, usa frases curtas, mantém uma respiração rápida, sente-se taquicárdico e todos os seus músculos respiratórios intervêm de forma activa na respiração, em especial na expiração.

O **exame físico** pode ser completamente normal quer em período assintomático ou com sintomas ligeiros.

Em crise ligeira, está muitas vezes dispneico, com tiragem, um tempo expiratório prolongado e com sibilos habitualmente generalizados de predomínio expiratório.

Mantendo-se o agravamento, observamos como o doente fica ansioso, apreensivo, às vezes agitado com um discurso monossilábico. Mantém uma evidente dificuldade respiratória, cianose, tiragem, uso dos músculos acessórios da respiração. Constatamos da taquipneia e taquicardia e na auscultação há um evidente broncospasmo, com um marcado tempo expiratório prolongado, sibilos e roncospasmos bilaterais.

Se a crise se mantém há uma marcada degradação de todos os sinais físicos de espasmo bronquico até à total abolição do murmúrio vesicular bilateral, tradutor dum gravíssimo broncospasmo a justificar medidas terapêuticas energéticas e rápidas.

Constituem um conjunto de sinais de mau prognóstico:

- grande fadiga muscular com sinais de esgotamento físico (sudação).
- alteração do estado de consciência
- cianose marcada apesar da oxigenoterapia
- diminuição ou abolição dos ruidos pulmonares bilateralmente
- hipotensão marcada
- pulso paradoxal (queda da pressão sistólica na inspiração >15 mmHg)
- incapacidade de realizar o *peak-flow* ou débito <30%.

A paragem respiratória é eminente. A ventilação mecânica é urgente e necessária.

Podemos clinicamente avaliar e classificar a crise de asma do nosso doente em ligeira, moderada ou grave

baseando-nos num conjunto de sinais e sintomas anteriormente descritos.

Parâmetro	Ligeira	Moderada	Grave
Activ. física	Passeia	Sentado	Deitado
Diálogo	Normal	Frases simples	Monossilabos
Est. consciência	Normal	Agitação	Apreensão
Freq. respiratória	Aumentada	Aumentada	>30/min
Freq. cardíaca	< 100/min	100-120	> 120/min
T. expiratório	Aumentada	Aumentado	Muito Aumentado
Utiliz. Musc. Aces.	Ocasional	Frequente	Sempre
Pleira	Moderada	Audível	Audível/ /Silêncio
Pulso paradoxal	Ausente	Ocasional	Presente

Este quadro é exclusivamente um auxiliar na percepção e avaliação do estado clínico do nosso doente e deverá servir-nos associado a outros dados da anamnese, do exame físico, de estudos complementares e da avaliação funcional respiratória para estabelecermos a mais correcta vigilância e posteriores opções e orientações terapêuticas.

A gravidade de uma crise de asma é muitas vezes subavaliada pelo doente, pela família e quantas vezes pelo médico. Se, de facto, a crise for grave e não reconhecida como tal e tratada adequadamente as consequências poderão ser fatais. Não esqueçamos da possibilidade, sempre presente, do nosso doente asmático, ter uma crise grave.

De enorme importância é o conhecimento de crises graves anteriores, do seu comportamento, duração, necessidade de hospitalização ou cuidados diferenciados e resolução.

Alguns factores estão associados a um maior risco da crise de asma grave e maior mortalidade por asma:

- antecedentes de crises agudas de asma
- hospitalizações por asma no ano anterior
- antecedentes de entubação por asma
- problemas psico-sociais graves (depressão, alcoolismo, desemprego, luto recente, ansiedade grave, esquizofrenia, etc)
- diminuição ou abandono recente de um tratamento

com corticoides

- não cumprimento da terapêutica anteriormente prescrita.

Intimamente ligado a anamnese e ao exame físico do nosso doente está a determinação do débito expiratório máximo instantâneo (DEMI) ou débito expiratório de ponta (PEF). Esta determinação faz-se através de um aparelho muito simples, acessível e sensível, pouco volumoso, de utilização ambulatória, no domicílio ou no local de trabalho, desde que o doente seja correctamente instruído.

O seu uso permite-nos uma monitorização domiciliar da função pulmonar do nosso doente, um melhor controle das crises de asma e uma avaliação da eficácia dos diferentes esquemas terapêuticos.

As variações diárias ou circadianas refletem a gravidade da asma. De utilização a partir dos 5-7 anos, o esforço necessário para o realizar é uma curta expiração forçada. Idealmente deverá ser avaliado duas vezes por dia, depois do levantar e 10 a 12 horas depois, eventualmente, antes e depois da utilização do broncodilatador. Se avaliado uma vez por dia deverá ser sempre no mesmo momento. Em função da idade e da altura há valores teóricos para o PEF. No dia a dia utilizamos o melhor *score* do nosso doente como valor referência e avaliamo-lo em função desse valor.

Assim, podemos agora, do somatório da nossa anamnese, exame físico e avaliação do *Peak Expiratory Flow* (PEF) estabelecer níveis de gravidade, orientadores do tratamento:

• Nível 1 - Intermitente

Doente com crises ocasionais (< 1 vez/semana) de pieira, dispneia, tosse ou aperto torácico. Mantém uma boa tolerância ao esforço. Não refere interrupção do sono e não há absentismo escolar ou laboral. Está assintomático intercrises e as crises, de duração inferior a 48 horas, mostram uma boa resposta ao broncodilatador. O PEF mostra valores > 80% do prognosticado e a variabilidade diária é < 20%.

• Nível 2 - Ligeira

Doente com crises > 1 vez/semana. Tosse, pieira,

aperto torácico de intensidade flutuante. Sibilos na auscultação. Há uma diminuição da tolerância ao exercício, interrupção ocasional do sono e ocasionalmente há absentismo escolar e laboral. O PEF mostra valores > 80% do prognosticado mas a variabilidade diária oscila entre 20-30%.

• Nível 3 - Moderada

Dispneia, pieira e aperto torácico frequentes. Sintomas mantidos apesar do uso regular de broncodilatadores. Há uma diminuição da tolerância ao esforço, interrupção frequente do sono e um importante absentismo escolar ou laboral. O PEF oscila entre 60-80% do prognosticado com uma variabilidade diária > 30%.

• Nível 4 - Grave

Sintomatologia diária, em repouso, apesar da polimedicação. Grande limitação da actividade e péssima tolerância ao exercício. Incapacidade de descanso nocturno superior a 4 horas. O PEF mostra valores < 60% do prognosticado e a variabilidade diária é > 30%.

Doença não curável, pode e deve ser eficazmente controlada.

Raro será o dia em que o clínico geral ou o especialista não é abordado por um doente com asma manifestando sintomas e sinais de duração e intensidade variáveis ou abordado por um outro doente ou seu familiar, procurando quantas vezes, um novo esclarecimento, uma nova terapêutica para uma doença que, embora antiga, está longe de ser abrangente nas suas causas, história natural ou patologia.

Hoje ao médico, entendida a clínica do seu doente, feito o diagnóstico e decidida a melhor atitude terapêutica, compete educar e ajudar o seu doente a ter uma óptima vida activa pessoal e social, executando as suas actividades laborais normalmente, partilhando activamente das actividades domésticas, participando em exercícios e desportos, dormindo toda a noite, isto é, vivendo controladamente sem sintomas.

BIBLIOGRAFIA

1. ALVES, JP. Contribuição para o estudo da epidemiologia da asma em Portugal 13-29: 1994.
2. BUGALHO DE ALMEIDA A, BRANCO M. Asma brônquica. Pneumologia na prática clínica 263-294: 1992.
3. CLARK TJ, GODFREY S, LEE TH. Asthma 1-13: 1992.
4. FISHMAN AP. Pulmonary Diseases and Disorders: 1295-1310: 1988.
5. MONTEIRO JT. Exacerbação grave de asma brônquica. Monografia do 27º Curso de Pneumologia para pós-graduados, 131-140: 1994.
6. MYGIND N, DAHL R. Rhinitis and Asthma. 9-21: 1990.
7. NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. Teach your Patients about Asthma. A clinician's Guide, 1-26: 1992.
8. NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. Consensus International sur le Diagnostic et le Traitement de l'Asthme. Revue Française d'Allergologie, n°3: 1994.
9. NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. Pocket Guide for Asthma Management and Prevention: 1995.
10. PAUWELS P, SNASHALL PD. A practical approach to Asthma: 1986.
11. PINTO R. A Criança Asmática. 1988.