



SIMPÓSIOS
WORKSHOPS
PÔSTERS

Formar,
Especializar
para melhor
Cuidar.

EXPO
MULTIPERFIL
2017

Asma : abordagem e como garantir a qualidade de vida a estes pacientes

Sílvia Silvestre
08/11/2017



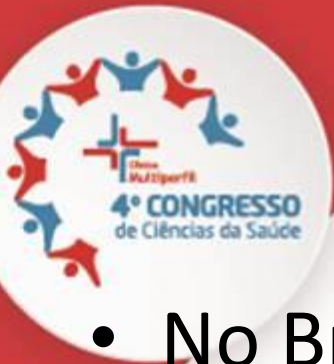
Sumário

- Introdução
- Conceito
- Diagnóstico
- Abordagem
- Qualidade de vida
 - ❖ Questionários
 - ❖ Aplicabilidade
- Conclusões



Introdução

- Asma é a doença crónica mais comum na infância
- Estima-se que existam 300 milhões de pessoas com asma
- A prevalência mundial de asma infantil é de 1-18%
- Nos EUA reportam uma prevalência de 8,3%



Introdução 2

- No Brasil varia de 20-27% consoante os estados
- Portugal é de cerca 12,9%
- Na África do Sul é 5-20%
- Não há registos de dados de Angola
- A doença é subdiagnosticada nos países de média e baixa renda



Conceito

- Asma brônquica- doença heterogénea caracterizada por **inflamação crónica** das vias aéreas,
- Definida por **sintomas respiratórios** como sibilância, tosse, sensação de *aperto* no peito, dispneia variável ao longo do tempo e em intensidade, e por **limitação variável ao fluxo expiratório**.



Factores de risco

- Sexo masculino
- História familiar de asma e pessoal de rinite e/eczema atópico
- Sensibilização alergénios inalantes as proteínas do ovo
- Ige sérica elevada
- Infecções víricas associadas a entrada precoce nos infantários
- Início da doença na 1ª infância
- Exposição tabágica



Diagnóstico 1

- História clínica
 - ❖ Anamnese
 - ❖ Exame físico
- Hemograma (Eosinofilia >4%)
- Rx do tórax
- Testes de função pulmonar
- Ige total
- Testes cutâneos de alergia



Diagnóstico presuntivo de asma

- Tosse recorrente de predomínio noturno não produtiva
- Sibilância recorrente
- Dispneia no curso de S. gripal, exercício, riso ou choro
- História familiar de atopia (rinite/dermatite)
- Resposta ao broncodilatador em demanda ou ICS por 2-3m, com efeito de *rebote*.

Ginasthma 2017



Diagnóstico diferencial

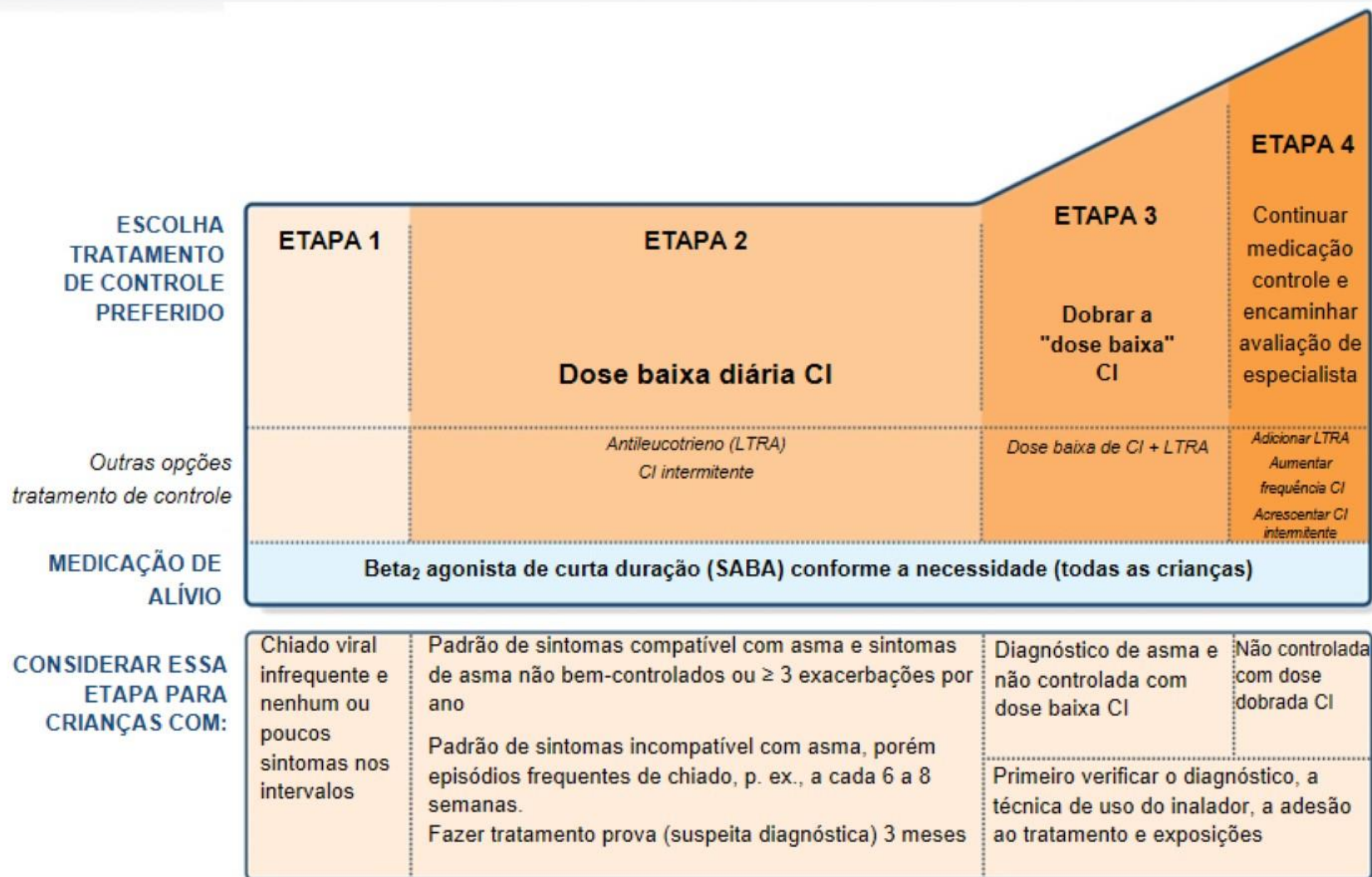
- Infecção das vias aéreas
- Refluxo gastro esofágico
- Aspiração de corpo estranho
- Tuberculose
- Traqueomalacia ou broncomalacia
- Cardiopatia congénita
- Displasia broncopulmonar
- Immunodeficiência



Objectivos do tratamento

- Atingir e manter o controle dos sintomas
- Manter as actividades de vida diárias normais
- Manter a função pulmonar normal ou mais próxima do normal
- Prevenir as exacerbações
- Minimizar os efeitos da medicação
- Prevenir a mortalidade

Abordagem por etapas - farmacoterapia (crianças 5 ≤ anos)





Abordagem

Tratamento não farmacológico

- Educação
- Abordagem integral
- Controle ambiental
- Actividade física
- Vacinas
- Alergias e atopia
- Adesão e revisão do uso correcto dos dispositivos



Critérios de transferência para hospital

- A criança não consegue falar nem beber
- Cianose
- Retracção subcostal
- $SO_2 < 92\%$ em ar ambiente
- Tórax silencioso à ausculta
- Ausência de resposta ao broncodilatador nas primeiras 2 horas



Abordagem das crises

- O2 suplementar
- Salbutamol (2-6 jactos de 20/20min até 1 hora ou
2,5 ml em 3-5ml de S.F no nebulizador
- Prednisolona 1-2mg per os
Considerar
- Brometo de ipratrópio
- Sulfato de Mg

Quadro 2 – Níveis de controle da asma.¹

Avaliação do controle clínico atual (preferencialmente nas últimas quatro semanas)			
Parâmetros	Asma controlada	Asma parcialmente controlada	Asma não controlada
	Todos os parâmetros abaixo	Um ou dois dos parâmetros abaixo	Três ou mais dos parâmetros da asma parcialmente controlada
Sintomas diurnos	Nenhum ou ≤ 2 por semana	Três ou mais por semana	
Limitação de atividades	Nenhuma	Qualquer	
Sintomas/despertares noturnos	Nenhum	Qualquer	
Necessidade de medicação de alívio	Nenhuma ou ≤ 2 por semana	Três ou mais por semana	
Função pulmonar (PFE ou VEF ₁) ^{b,c}	Normal	< 80% predito ou do melhor prévio (se conhecido)	
Avaliação dos riscos futuros (exacerbações, instabilidade, declínio acelerado da função pulmonar e efeitos adversos)			
Características que estão associadas com aumento dos riscos de eventos adversos no futuro: mau controle clínico, exacerbações frequentes no último ano, ¹ admissão prévia em UTI, baixo VEF ₁ , exposição à fumaça do tabaco e necessidade de usar medicação em altas dosagens			



Qualidade de vida

- Esta doença tem grande impacto na qualidade de vida das crianças e suas famílias , levando as restrições físicas, emocionais e sociais.
- A qualidade de vida está intimamente ligada ao controle da doença



Qualidade de vida

OMS

- É definida como a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto de sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações.



Questionários

- ASTHMA Controle Questionnaire (ACQ)
- Asthma Control Test (ACT)
- Asthma Control Scoring System(ACSS)
- Global Initiative for Asthma (GINA)



Aplicabilidade dos questionários

Permitem aferir

- Sintomas diurnos e nocturnos
- Limitação das actividades
- Uso de medicação de resgate
- Função pulmonar
- Inflamação
- Auto- avaliação do paciente



Funcionalidade a nível físico

- Qualidade e horas de sono
- A prática regular do exercício físico promove melhoria da função pulmonar com ganho da condição física, redução da dispneia



Funcionalidade a nível social

- Absentismo escolar
- Absentismo laboral dos pais e cuidadores
- Custos ao sistema de saúde das idas ao hospital e das hospitalizações
- Custos dos dispositivos e medicamentos



Funcionalidade a nível psicológico

- Isolamento por limitação física
- Ansiedade
- Depressão

Repercussões na vida adulta

- Remodelamento da via aérea
- DPOC
- Limitações profissionais

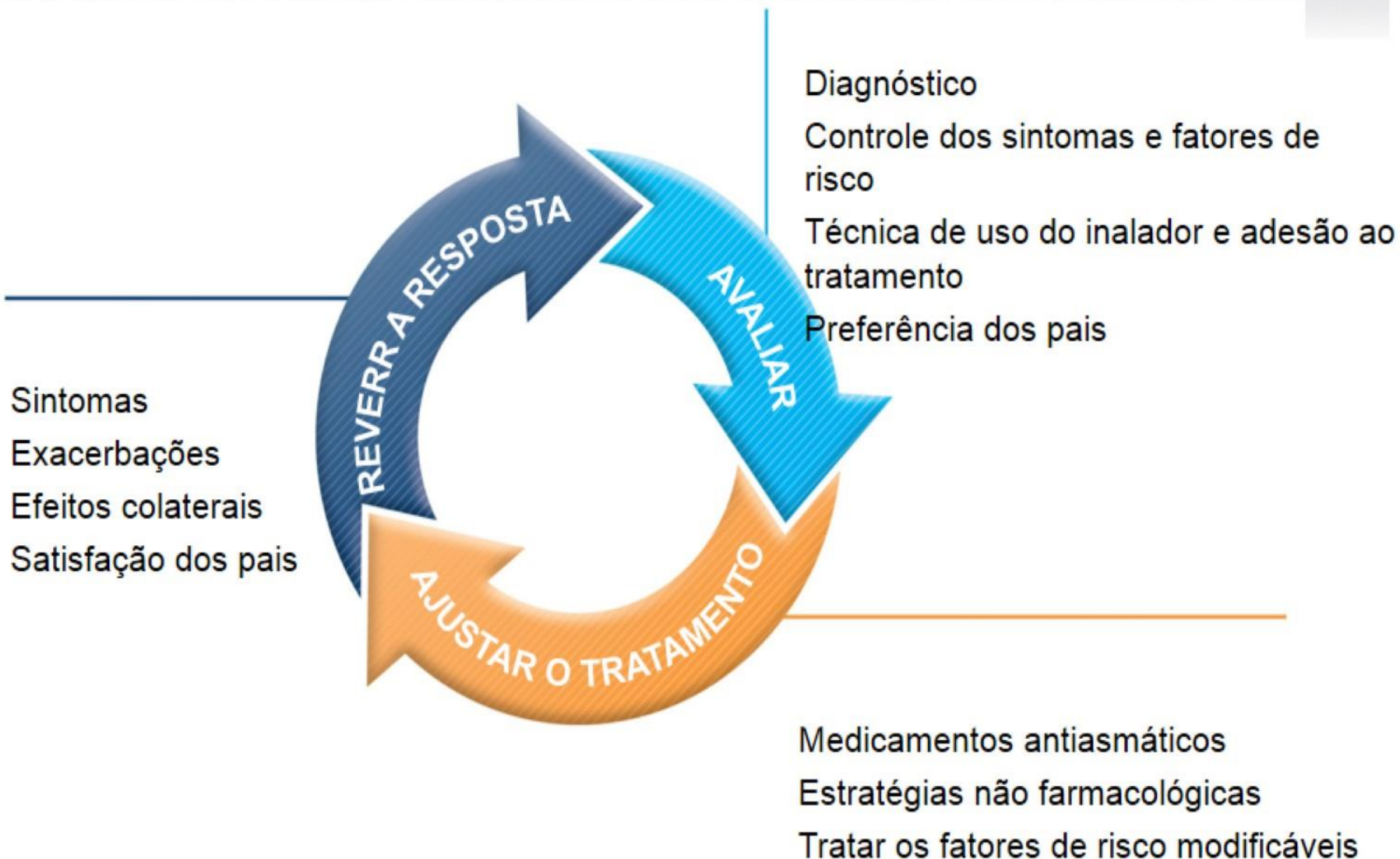


Controle da doença

Equipa multidisciplinar

- Médicos
- Enfermeiros
- Fisioterapeutas
- Psicólogos
- Educadores (Professores e a família)

Ciclo de tratamento da asma com base no controle em crianças ≤ 5 anos



Dados de Angola

Variáveis	Silvestre S, 2017	Arrais M, 2017
Nº	150	3128 (13,4%)
Local	HPDB	Escolas públicas, Luanda
Idade	Média .63m	13-14 A
Sexo	M :(59%)	F(54,2%)
Factores de risco	Atopia, Animais, Fumo	Paracetamol, AC
Comorbidades	Rinite, Adenoidite, Parasitose	Rinoconjuntivite, Eczema
Hospitalizações	40%	
Tratamento	Corticóides inalados (13%)	B2 agonistas(5%)
Função pulmonar	3%	10% (PFE<80%)



Conclusões

- A asma é uma doença crónica comum na infância
- O diagnóstico é difícil em crianças devido as características desta faixa etária
- As provas de função pulmonar não acessíveis a maioria das crianças
- A qualidade de vida está relacionada com a adesão ao tratamento, controle dos factores de risco e comorbidades



Referências bibliográficas

- Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. 2017; disponível em. www.ginaasthma.org. acesso aos 08/07/2017.
- Fuchs O, Bahmer T, Rabe KF, et al. Asthma transition from Childhood into Adulthood . Lancet Respir Med 2017; 5: 224-34
- Martins ICS, Gonçalves A. Asma e exercício: ambiente seco versus aquático- uma breve revisão. RPBeCS.2016; 3(2):10-14.
- Aguiar R, Lopes A, Ornelas C, et al. Terapêutica inalatória : tecnicas de inalação e dispositivos inaladores. Rev Port Imunol 2017; 25(1): 9-26.



Referências bibliográficas

- Bahadori K, Doyle-Waters M, Marra C, et al. Economic burden of asthma: a systemic review. BMC Pulmonary Med 2009; 9:24
- Arrais M, Lulua O, et al. Prevalence of Asthma and Allergies in 13-14 years old Adolescents from Luanda, Angola. INT J Tuberc C Lung Dis 2017; 21(6): 765- 72.