

## AS NOSSAS LEITURAS/OUR READINGS

Coordenador: Renato Sotto-Mayor

## Factores de Risco da Asma Grave

## Facteurs de Risque de l'Asthme Grave

ADEL N. DUTAU H, GOUITAA M, CHARPIN D

Rev Mal Respir 1998; 15: 683-697.

## RESUMO

Apesar da rápida progressão do conhecimento da fisiopatologia da asma e da larga difusão de meios terapêuticos de eficácia acrescida, observa-se um aumento da mortalidade e da morbidade da asma em numerosos países, em particular nos países industrializados, por razões ainda pouco conhecidas. Estes factos permitem questionar o funcionamento do sistema de cuidados de saúde e a difusão dos progressos terapêuticos na população asmática. Os autores definem o conceito de asma aguda grave, salientando dois tipos: o tipo 1, de «instalação progressiva» em algumas horas ou dias e o tipo 2 de «instalação brutal» em menos de três horas. Os factores de risco para cada um deles parecem ser diferentes.

Os autores fazem uma revisão dos factores de risco da asma grave, tendo em conta as características individuais do doente, os factores ambientais e a intervenção da sociedade.

Em relação aos factores individuais como a idade e o sexo, verifica-se que na infância, as taxas de internamento por asma são mais elevadas no sexo masculino, sendo no total de internamentos em todas

as idades, mais elevadas no sexo feminino e em doentes com internamentos anteriores por asma. O aumento da mortalidade por asma atinge em particular os doentes jovens economicamente desfavorecidos, pela dificuldade no acesso aos cuidados de saúde e na compra dos medicamentos, por utilizarem com menor frequência os tratamentos de crise e de fundo. Os factores psicológicos podem predispor à morte por asma no adolescente, sendo relevantes a subvalorização e a negação da doença por parte do doente ou da família. Verifica-se por outro lado, um aumento da prevalência da depressão e do desespero nas crianças com asma grave. As reacções psicológicas face a acontecimentos negativos, como a morte de um ente próximo, a perda de emprego, conflitos familiares, provocam maior número de idas aos serviços de urgência por crise de asma.

Dos factores ligados à história da doença, os autores salientam a gravidade decorrente da própria asma, apontando como mais frequentemente associadas a crises graves, a asma por intolerância à aspirina e aos anti-inflamatórios não esteróides, a presença de polipose naso-sinusal e uma deficiente percepção da obstrução brônquica. Apesar de se ter encontrado uma associação entre o aumento do consumo de broncodilatadores (miméticos de curta duração), e a mortalidade por asma, este facto parece dever-se não à toxicidade destes fármacos, mas sim à gravidade da asma, sendo o aumento do consumo destes medicamentos um indicador dessa gravidade.

Quanto à influência do ambiente na gravidade das crises asmáticas, de salientar a exposição à *Alternaria alternata* como factor de risco para o desencadeamento de paragem respiratória em crianças e jovens adultos asmáticos, bem como a grande frequência de infecções virais como desencadeantes das crises de asma em crianças e adultos.

Quanto à intervenção da sociedade na evolução e prognóstico da asma, os autores demonstram que uma má aderência à terapêutica também pode ser

devida a uma prescrição complexa, cujo cumprimento é impraticável, por uma má avaliação da doença ou por um mau esclarecimento sobre a doença ou o seu tratamento.

A mortalidade e a morbilidade da asma associam-se igualmente à má qualidade dos cuidados de saúde, sendo exemplos o atraso diagnóstico, a incapacidade em apreciar a gravidade da crise, o sub-tratamento e o uso preferencial da terapêutica regular com agonistas (adrenérgicos em detrimento da terapêutica com corticosteroides).

Os autores concluem que, se alguns factores nos permitem identificar o perfil do doente asmático em risco, ainda se conhecem mal os factores psicossociais e ambientais, frequentemente interligados, que precipitam em poucas horas a crise grave de asma, a qual em última análise, pode resultar na morte do doente, pela disfunção dos cuidados de saúde.

#### COMENTÁRIOS

O aumento da mortalidade e morbilidade da asma nos últimos 15 anos (1), em particular nos países industrializados, coloca o clínico perante a necessidade de identificar os doentes em maior risco e adoptar programas educacionais, de monitorização e de intervenção farmacológica «agressivos» que permitam modificar o prognóstico destes doentes (2). A ocorrência de um episódio de asma potencialmente fatal deve implicar sempre o envio do doente a uma consulta da especialidade, Pneumologia ou Alergologia (3).

Se alguns dos factores de risco de asma grave ou potencialmente fatal são dificilmente controláveis, como é o caso da exposição aos aeroalergénios do exterior (ex: *A. alternata*, pólen) ou aos vírus (a excepção do vírus da gripe, cuja prevenção passa pela prescrição anual da respectiva vacina), a leitura deste artigo de revisão permite rever um grande número de factores de risco potencialmente evitáveis, de que são exemplo o deficiente conhecimento do doente e da

família sobre a doença e o seu tratamento, o uso excessivo de broncodilatadores de curta acção como terapêutica regular, em detrimento da terapêutica anti-inflamatória com corticosteroides (4), as alterações psicológicas ou psiquiátricas que poderão implicar o envio do doente à consulta de Psicologia ou Psiquiatria.

Levenson e col. desenvolveram um programa de tratamento que aplicaram a oito doentes com asma potencialmente fatal, pouco aderentes às indicações do médico, não cumprindo a terapêutica e faltando às consultas. Este programa incluía a marcação de consultas regulares com o mesmo médico, educação do doente e família, acesso do doente ao contacto telefónico com o seu médico 24 horas por dia, prescrição de doses adequadas de medicação anti-inflamatória e envio à consulta de Psiquiatria, caso necessário. A aplicação deste programa reduziu consideravelmente o número de internamentos e não houve ocorrência de episódios fatais ou internamento em unidade de cuidados intensivos. Para além da repercussão na evolução da doença, demonstraram igualmente uma redução drástica nos custos da assistência em internamento hospitalar (5).

De salientar ainda a distinção dos dois tipos de asma aguda grave, sendo o tipo 2, também designado asma súbita asfíxica (6), associado a aspectos imunohistológicos diferentes, com maior número de neutrófilos e menor número de eosinófilos nas vias aéreas, em relação aos aspectos clássicos. Segundo Kallenbach e col., quanto mais curto o tempo que medeia o início do ataque de asma e a conexão à ventilação mecânica, maior a probabilidade de se tratar de um ataque potencialmente fatal (7).

Investigações recentes demonstraram ainda que os doentes com asma potencialmente fatal apresentam alteração dos mecanismos de controle da respiração, com diminuição da percepção da dispnéia e uma resposta ventilatória reduzida ao estímulo hipóxico (6,8,9).

**Palavras-chave:** Asma grave; factores de risco; epidemiologia

**MENSAGEM**

- A identificação dos factores de risco da asma potencialmente fatal «obriga» o médico a adoptar programas educacionais, de monitorização e de intervenção farmacológica «agressivos» que permitam modificar o prognóstico destes doentes.

- Eis alguns dos factores de risco de asma potencialmente fatal:
  - «Abuso» dos agonistas adrenérgicos inalados;
  - Antecedentes de hospitalizações recorrentes por asma;
  - Episódios anteriores de crises potencialmente fatais;
  - Acentuada variabilidade diária dos valores do débito expiratório máximo forçado

**BIBLIOGRAFIA**

1. WOBIG EK, ROSEN P. Death from Asthma: Rare but Real. *J Emerg Med* 1996 Mar-Apr, 14 (2): 233-240.
2. NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. National Heart, Lung and Blood Institute. Practical Guide for the Diagnosis and Management of Asthma 1997 October; 26.
3. NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. National Heart, Lung and Blood Institute. Practical Guide for the Diagnosis and Management of Asthma 1997 October; 6.
4. CAMPBELL DA, LUKE CG, MCLENNAN G et col. Near-fatal asthma in South Australia: Descriptive Features and Medication Use. *Aust N Z J Med* 1996 Jun; 26 (3): 356-362.
5. LEVENSON T, GRAMMER LC, YARNOLD PR, PATTERSON R. Cost-effective management of malignant potentially fatal asthma. *Allergy Asthma Proc* 1997 Mar-Apr, 18 (2): 73-78.
6. BRAMAN SS. Asthma. In *Pulmonary Disease Diagnosis and Therapy. A Practical Approach*. Khan, Lynch (Eds.) Williams & Wilkins 1997; 196-197.
7. KALLENBACH JM, FRANKEL AH, LAPINSKY SE, THORNTON AS et col. Determinants of Near Fatality in Acute Severe Asthma. *A J Med* 1993 Sep; 95 (3): 265-272.
8. KIKUCHI Y, OKABE S, TAMURA G, HIDA W et col. Chemosensitivity and perception of dyspnea in patients with a history of near-fatal asthma. *N Engl J Med* 1994 May 12; 330 (19):1329-1334.
9. BRAMAN SS. The regulation of normal lung function. *Allergy Proc* 1995 Sep-Oct; 16 (5): 223-226.

Fátima Rodrigues, 99/05/10