

ASMA NA GRAVIDEZ: AVALIAÇÃO COM TESTE DE CONTROLE DA ASMA E ESPIROMETRIA.

Bianca Priscila Sales dos Santos¹; Emanuel Sávio Cavalcanti Sarinho²

¹Estudante do Curso de Medicina- FCM – UPE; E-mail: Biancasantos@outlook.com.

²Docente/pesquisador do Depto de Medicina Clínica e Pós-Graduação em Ciências da Saúde - Centro de Ciências da Saúde – UFPE. E-mail: Emanuel.Sarinho@gmail.com

Sumário: O controle clínico da asma na gravidez torna-se essencial para os resultados obstétricos e perinatais favoráveis. O objetivo deste estudo é identificar uma possível associação entre o controle da asma clínica por Asthma Control Test (ACT) com a Global Initiative for Asthma (GINA) e realizar comparações com valores de espirometria. Através deste estudo transversal, 103 mulheres grávidas com asma foram atendidas no período de outubro de 2010 a outubro de 2013, no ambulatório de asma na gravidez Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. Questionários sobre o nível de controle da asma foram aplicados por GINA, ACT validado para gestantes asmáticas, e espirometria, no período entre a vigésima primeira e vigésima sétima semana de gravidez. A associação do teste de controle da asma clínica com a ACT e GINA foi estatisticamente significativo com $p < 0,001$, encontrando-se também valores estatisticamente significativos na análise dos outros instrumentos utilizados. Este estudo mostra que tanto o controle clínico por GINA como o ACT pode ser usado em gestantes asmáticas, especialmente no final do segundo trimestre, período considerado de agravamento das exacerbações de asma durante a gravidez.

Palavras-chave: asma na gravidez; Asthma Control Test (ACT); espirometria; Global Initiative for Asthma (GINA)

INTRODUÇÃO

A asma é provavelmente a condição clínica crônica mais comum na gravidez, com uma prevalência mundial estimada entre 8 a 13% [1]. A piora dos sintomas da asma na gravidez é mais frequente entre as mulheres que apresentam um controle inadequado da doença antes da gestação, sendo o período entre a vigésima primeira e vigésima sétima semanas considerado crítico para exacerbações [2]. Vários desfechos obstétricos e perinatais desfavoráveis têm sido descritos como mais frequentes nas gestantes que não conseguem obter o controle clínico da asma, como pré-eclâmpsia, prematuridade, baixo peso ao nascer, restrição de crescimento intrauterino, malformação congênita e morte perinatal. Diante desta falta de percepção do agravamento e com a necessidade de se manter o controle clínico da asma, a espirometria se destaca como instrumento de diagnóstico, avaliação e controle da asma na gestante, sendo seu valor inestimável e de grande aplicabilidade na prática clínica. Atualmente, estão disponíveis questionários de controle da asma validados para língua portuguesa [3]. Um destes questionários, o ACT, foi considerado uma ferramenta útil na identificação dos pacientes asmáticos mal controlados e no seguimento durante o tratamento [4]. Recentemente foi utilizado em gestantes asmáticas, identificando a asma controlada da não controlada na gravidez e foi validado como instrumento de controle da asma na língua portuguesa, versão brasileira [3]. O presente estudo tem como objetivo identificar uma possível associação entre o controle clínico da asma pelo GINA com o ACT e realizar comparações com um instrumento

objetivo de avaliação da função pulmonar, a espirometria, no final do segundo trimestre da gestação, período este considerado como o de maior risco de piora clínica e exacerbações da asma.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo retrospectivo transversal, com 103 grávidas com asma que foram atendidas, no período de Outubro de 2010 à Outubro de 2013, no ambulatório de asma na gravidez do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. Sendo considerados para o estudo os critérios de inclusão: gestação única; diagnóstico de asma prévio à gestação; início do pré-natal a partir da 6^a semana de gravidez; ter realizado o ACT (Asthma Control Test) e espirometria no período entre a vigésima primeira e vigésima sétima semanas de gestação e como critérios de exclusão: apresentar outras pneumopatias que não seja asma; apresentar cardiopatias ou alterações anatômicas da caixa torácica; ter apresentado dificuldades (intelectuais ou cognitivas) de fornecerem informações de maneira adequada ou de comparecerem às consultas e gestantes asmáticas que tenham evoluído com abortamento.

Informações relacionadas à frequência dos sintomas (numero de dias com qualquer sintoma de asma, número de noites que a asma interferiu com o sono, numero de dias que a asma interferiu com as atividades habituais) foram obtidas nas visitas mensais.

Os resultados dos dados demográficos obtidos das gestantes asmáticas estão apresentados em forma de tabela com suas respectivas frequências absoluta e relativa. As variáveis numéricas estão representadas pelas medidas de tendência central e medidas de dispersão.

RESULTADOS

Foram analisados os dados de 103 pacientes grávidas com asma, atendidas no ambulatório de asma na gravidez, sendo 79 (76,7%) com a faixa etária entre 18 a 34 anos de idade. Analisando o início do atendimento destas pacientes, 50 (48,5%) encontravam-se no início da gestação (< 20 semanas) já mostrando um índice de massa corporal elevado, com sobrepeso em 50 (48,5%) delas. Entre as gestantes asmáticas 62 (60,2%) faziam uso de beta-agonista de curta ação inalatório durante as exacerbações e mantinham o uso de forma contínua de seus corticosteroides inalatórios. Dentre as comorbidades mais frequentes, destacavam-se a hipertensão e diabetes gestacionais, e dentre outras atopias diagnosticadas 47 (45,6%) apresentavam rinite.

Tendo como base a avaliação da classificação da asma e seu controle no período entre a vigésima primeira e a vigésima sétima semanas de idade gestacional, período esse considerado crítico para piora clínica com exacerbações mais frequentes, a asma persistente leve foi mais frequente e a presença do controle da asma mostrou mesmo percentual entre as gestantes com asma controlada e com asma parcialmente controlada.

Houve associação entre o controle da asma e o Teste de Controle da Asma (ACT) na gravidez, com $p < 0,001$ (IC 95%) entre as gestantes que estavam sendo avaliadas no período entre a vigésima primeira e a vigésima sétima semanas de gestação (Tabela 1).

Analisando os instrumentos subjetivos da asma (controle clínico e o ACT) e a prova da função pulmonar pela espirometria, no período entre a vigésima primeira e a vigésima sétima semana de gestação encontraram um p de 0,002 quando comparamos a CVF com o ACT e um $p < 0,001$ quando comparamos o VEF1 com o ACT. Analisando o CVF, VEF1 e a relação CVF/VEF1 com o controle clínico da asma na gestante, encontramos um p de 0,003, $p < 0,001$ e p de 0,001 respectivamente (Tabela 2).



Tabela 1 – Associação dos parâmetros de controle da asma pelo GINA com o Teste de Controle da Asma (ACT) na gravidez, em um mesmo momento, no período entre a vigésima primeira e a vigésima oitava semanas de gestação

Controle da Asma-GINA [†]	ACT		p-valor *
	Controlada n (%)	Não Controlada n (%)	
Não controlada	7 (43,8)	1 (1,8)	< 0,001
Parcialmente controlada	9 (56,2)	23 (41,1)	
Controlada	0 (0,0)	32 (57,1)	

(*) Teste Qui-Quadrado

(†) GINA: Global Initiative for Asthma

Tabela 2 – Comparação da espirometria, Teste de Controle da Asma (ACT) na gravidez e o controle clínico pelo GINA, em um mesmo momento, no período entre a vigésima primeira e a vigésima oitava semanas de gestação

Variáveis	Espirometria		
	CVF Média ± DP	VEF1 Média ± DP	CVF / VEF1 Média ± DP
ACT			
Controlada	83,95 ± 11,65	80,96 ± 13,03	81,27 ± 9,43
Não Controlada	73,97 ± 10,91	67,11 ± 15,84	74,88 ± 14,61
p-valor	0,002 ^a	< 0,001 ^a	0,134 ^b
Controle da Asma			
Controlada	85,57 ± 10,37	83,90 ± 11,60	84,20 ± 5,56
Parcialmente controlada	77,91 ± 9,57	71,06 ± 10,37	74,86 ± 11,40
Não controlada	75,15 ± 8,48	66,49 ± 14,54	70,71 ± 11,91
p-valor	0,003 ^c	< 0,001 ^c	0,001 ^d

(a) Teste t Student (b) Teste de Mann-Whitney (c) ANOVA (d)Kruskal-Wallis

(†)GINA: Global Initiative for Asthma

DISCUSSÃO

Neste estudo houve associação estatisticamente significativa entre o controle clínico da asma pelo GINA e o ACT na gravidez com $p < 0,001$ e encontramos um p de 0,002 estatisticamente significativo quando comparamos a CVF com o ACT e um $p < 0,001$ quando comparamos o VEF1 com o ACT. Analisando o CVF, VEF1 e a relação CVF/VEF1 com o controle clínico da asma na gestante, encontramos um p de 0,003, $p < 0,001$ e p de 0,001 respectivamente, mostrando a significância estatística dos dados analisados. Estes importantes resultados nos possibilitam dispor de qualquer um dos instrumentos de acompanhamento clínico, para avaliação diagnóstica e de acompanhamento da gestante, durante um período considerado como o de maior risco de piora clínica e exacerbações da asma na gravidez [2].

No contexto de investigação de gestantes asmáticas, a espirometria e pico de fluxo expiratório (PFE) são ferramentas objetivas úteis para diagnosticar e monitorar a função pulmonar durante a gravidez, por não serem essencialmente afetadas por esta condição, tornando sua indicação na avaliação médica uma rotina [5].

Desta forma, em casos de resultado de espirometria normal, instrumentos subjetivos de diagnóstico e avaliação para a asma se tornam imprescindíveis, como o Asthma Control Test (ACT), que é um instrumento mais simples, pois não utiliza os parâmetros da espirometria para classificação do controle da doença, tem boa reprodutibilidade, mostrou-

se válido mesmo em populações com baixa escolaridade e já foi validado para o português brasileiro [3].

Vários questionários auto-administrados, de forma padronizada, tais como o Teste de Controle da Asma (ACT) e Questionário de Controle da Asma (ACQ), têm sido desenvolvidos. Estes questionários são simples e facilmente preenchidos pelos pacientes e tornar mais fácil para os profissionais clínicos avaliar o controle dos sintomas da asma.

Quanto aos objetivos do tratamento da asma na gravidez, são os mesmos da asma em geral, incluindo prevenção de exacerbações graves, melhora da qualidade de vida e manutenção da função pulmonar normal. A avaliação do feto durante o episódio de asma agudo deverá ser realizada com monitoramento eletrônico fetal contínuo e perfil biofísico fetal [5].

De forma geral, a história clínica, os achados do exame físico, os resultados do teste da função pulmonar e os instrumentos subjetivos são todos importantes no diagnóstico e manutenção da asma. A aderência ao plano de ação durante as exacerbações e o uso da terapia contínua, a frequência mensal das consultas médicas e o correto uso das medicações com dispositivos inalatórios adequados podem diminuir a necessidade de cuidados nos departamentos de emergência ou hospitalizações das grávidas com asma [6].

CONCLUSÕES

Em conclusão, este estudo mostra que a avaliação do controle da asma deve ser realizada em cada visita com o uso de instrumentos validados, que tanto o controle clínico pelo GINA quanto o ACT podem ser usados na gestante asmática, principalmente nos períodos de piora e exacerbações da asma na gravidez. Destacamos a importância que estes instrumentos subjetivos de avaliação clínica conferem quando comparado com a espirometria, entre a vigésima primeira e a vigésima oitava semanas de gestação, podendo ser úteis em situações de difícil acesso a realização da espirometria e tornando-se recursos a mais de acompanhamento clínico da asma na gravidez.

AGRADECIMENTOS

Ao programa CNPq/PIBIC pelo financiamento do projeto de pesquisa, à UFPE pela concessão da bolsa de Iniciação Científica e aos meus orientadores pelo apoio durante a execução do trabalho.

REFERÊNCIAS

- [01] Murphy VE, Namazy J, Powell H, Schatz M, Chambers C, Attia J, et al. A meta-analysis of adverse perinatal outcomes in women with asthma. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynecology*. 2011; 118(11): 1314–23.
- [02] Murphy VE, Gibson P, Talbot PI, et al. Severe asthma exacerbations during pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*. 2005; 106(5): 1046-54.
- [03] Roxo JPF, Ponte EV, Ramos DCB, et al. Portuguese-language version of the Asthma Control Test: validation for use in Brazil. *J Bras Pneumol*. 2010; 36(2): 159-66.
- [4] Schatz M, Sorkness CA, Li JT, Marcus P, Murray JJ, Nathan RA, et al. Asthma Control Test: reliability, validity, and responsiveness in patients not previously followed by asthma specialists. *J Allergy Clin Immunol*. 2006; 117(3): 549-56.
- [5] National Asthma Education and Prevention Program Expert Panel Report. Managing asthma during pregnancy: recommendations for pharmacologic treatment: 2004 update. *J Allergy Clin Immunol* 2005; 115:34–46.
- [6] Racusin DA, Fox KA, Ramin SM. Severe acute asthma. *Seminars in Perinatology*. 2013; 37:234-45.