Copyright © 1997 - 2025 Dr. Pierre d'Almeida Telles Filho

Asma

TRATAMENTO DA ASMA

MEDICAMENTOS e ESTRATÉGIAS para CONTROLE de SINTOMAS e REDUÇÃO de RISCO

Após a confirmação do diagnóstico da asma se introduz o tratamento, classificando-se os medicamentos para:

- Manutenção
- Alívio
- Tratamento complementar

MANUTENÇÃO / ALÍVIO

Os corticoides inalatórios (CIs) são a base do que é chamado de tratamento "de manutenção" na asma utilizados para uso diário, ou se "necessário" para "alívio". São drogas muito eficazes no controle da inflamação das vias aéreas e em consequência dos sintomas e dos riscos de exacerbações[1] mesmo em pacientes com asma leve,[2-4] reduzindo o risco de morte por asma mesmo em pacientes com sintomas pouco frequentes.[5,6] Segundo O'Byrne et al.[7] os CIs se introduzidos logo após o diagnóstico, não só diminuem os riscos de uma doença grave associada a exacerbações assim como minimizam os riscos de queda da função pulmonar associada à uma exacerbação.

Na atualidade a combinação de baixa dose de CI com um β_2-agonista de longa ação – LABA (*Long-acting-beta2 agonist*), em um único inalador como medicação de controle e alívio (anti-inflamatório de alívio – "AIA"), é eficaz para melhorar e controlar os sintomas da asma além de reduzir exacerbações e hospitalizações.

Historicamente, a frequência da utilização de medicação para alívio na asma – especificamente os broncodilatadores β_2- agonistas de ação curta – SABA (*Short-acting beta2 agonist*) de acordo com a frequência de sua utilização de < 2 ou ≥ 2 dias por semana tem sido incluída na avaliação do controle de sintomas. Baseado nesta distinção arbitrária, instituiu-se que se o SABA fosse utilizado em > 2 dias numa semana, o paciente necessitava introduzir um tratamento de manutenção com CI ou aumentar a dose. *Ao longo do tempo, entretanto, ficou demonstrado que a utilização média mais elevada de SABA por um ano está associada a um risco elevado de eventos futuros com severas exacerbações e maior mortalidade tanto em adultos como em crianças*.[8-10]

No entanto, para os pacientes com asma aos quais foi prescrito AIA, como o CI-formoterol em dose baixa conforme necessário, sua utilização além de broncodilatação mais de > 2 dias por semana proporciona tratamento aditivo com CI pelo qual pode não ser necessário um aumento adicional da dose. *Além do mais, a maior utilização de CI-formoterol conforme necessário está associada a um risco significativamente menor de exacerbação grave em dias ou semanas*

subsequentes em comparação com se utilizasse para resgate um broncodilatador SABA.[11,12]

Nas Etapas 1–2 as evidências atuais recomendam CI-formoterol de baixa dose conforme necessário e CI-SABA, sob demanda, ao invés de utilizar isoladamente o broncodilatador β_2- agonista de ação curta – SABA – (*Short-Acting Beta 2 -Agonists*),[4] refletindo a dupla finalidade desses inaladores de alívio. O CI contínuo não é mais uma opção devido à alta probabilidade de baixa aderência.

Nas Etapas 3–5 recomenda-se tratamento de manutenção com baixa dose da combinação CI-formoterol assim como para finalidade de alívio.

Se ocorrer incapacidade de se obter o controle satisfatório do paciente somente com a utilização de CI-LABA, o que ocorre em um elevado percentual de pacientes, este deve ser minuciosamente reavaliado.

Embora a terminologia se refira ao CI-formoterol como medicação de alívio, ele também pode ser utilizado como profilaxia antes do exercício. Quando aplicado antes do exercício, o CI-formoterol fornece maior proteção do que o SABA contra a asma esforço induzida (AEI).[13] Quando tomado a longo prazo ou como um alívio antes do exercício, o CI-formoterol resulta em proteção semelhante contra a AEI assim como o CI regular mais SABA isolado.[13,14]

TRATAMENTO COMPLEMENTAR

O grupo de medicamentos que compõe o tratamento complementar se destina principalmente aos pacientes com asma grave ou de difícil tratamento (Etapas 4 ou 5). Engloba LAMA, LTRA, baixa dose de azitromicina (adultos), os biológicos (p. ex. anti-IgE, anti-IL-5/5R, anti-IL-4/IL-13...) que visam à inflamação alta Tipo 2 com medidas elevadas de FeNO e/ou contagens elevadas de eosinófilos no sangue.[15-18] A escolha do medicamento dependerá das características clínicas e do fenótipo inflamatório do paciente, diminuindo substancialmente a frequência de exacerbações, bem como as taxas de atendimento hospitalar

Anterior <<Cuidados Ambientais

Home

Próximo >> Corticoides

Referências

01.Suissa S, Ernst P, Kezouh A. Regular use of inhaled corticosteroids and the long term prevention of hospitalisation for asthma. *Thorax* 2002; 57:880-4.

02.Reddel HK, Busse WW, Pedersen S, Tan WC, Chen YZ, Jorup C, Lythgoe D, O'Byrne PM. Should recommendations about starting inhaled corticosteroid treatment for mild asthma be based on symptom frequency: a post-hoc efficacy analysis of the START study. *Lancet* 2017; 389:157-166.

03.Beasley R, Holliday M, Reddel HK, Braithwaite I, Ebmeier S, Hancox RJ, Harrison T, Houghton C, Oldfield K, Papi A, Pavord ID, Williams M, Weatherall M; Novel START Study Team. Controlled Trial of Budesonide-Formoterol as Needed for Mild Asthma. *N Engl J Med* 2019;380:2020-30.

04.O'Byrne PM, FitzGerald JM, Bateman ED, Barnes PJ, Zhong N, Keen C, Jorup C, Lamarca R, Ivanov S, Reddel HK. Inhaled Combined Budesonide-Formoterol as Needed in Mild Asthma. *N Engl J Med* 2018; 378:1865-76.

05.Lai CK, De Guia TS, Kim YY, Kuo SH, Mukhopadhyay A, Soriano JB, Trung PL, Zhong NS, Zainudin N, Zainudin BM; Asthma Insights and Reality in Asia-Pacific Steering Committee. Asthma control in the Asia-Pacific region: the Asthma Insights and Reality in Asia-Pacific Study. *J Allergy Clin Immunol* 2003; 111:263-8.

06.Mohan A, Ludwig A, Brehm C, Lugogo NL, Sumino K, Hanania NA. Revisiting Mild Asthma: Current Knowledge and Future Needs. *Chest* 2022; 161:26-39.

07.O'Byrne PM, Pedersen S, Lamm CJ, Tan WC, Busse WW; START Investigators Group. Severe exacerbations and decline in lung function in asthma. *Am J Respir Crit Care Med* 2009; 179:19-24.

08.Stanford RH, Shah MB, D'Souza AO, Dhamane AD, Schatz M. Short-acting ß-agonist use and its ability to predict future asthma-related outcomes. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2012; 109:403-7.

09.Nwaru BI, Ekström M, Hasvold P, Wiklund F, Telg G, Janson C. Overuse of short-acting ß 2 -agonists in asthma is associated with increased risk of exacerbation and mortality: a nationwide cohort study of the global SABINA programme. *Eur Respir J* 2020; 55(4):1901872.

10.Tattersfield AE, Postma DS, Barnes PJ, Svensson K, Bauer CA, O'Byrne PM, Löfdahl CG, Pauwels RA, Ullman A. Exacerbations of asthma: a descriptive study of 425 severe exacerbations. The FACET International Study Group. *Am J Respir Crit Care Med* 1999; 160:594-9.

11.Bousquet J, Boulet LP, Peters MJ, Magnussen H, Quiralte J, Martinez-Aguilar NE, Carlsheimer A. Budesonide/formoterol for maintenance and relief in uncontrolled asthma vs. high-dose salmeterol/fluticasone. *Respir Med* 2007; 101:2437-46.

12.Buhl R, Kuna P, Peters MJ, Andersson TL, Naya IP, Peterson S, Rabe KF. The effect of budesonide/formoterol maintenance and reliever therapy on the risk of severe asthma exacerbations following episodes of high reliever use: an exploratory analysis of two randomised, controlled studies with comparisons to standard therapy. *Respir Res* 2012; 13:59.

13.Lazarinis N, Jørgensen L, Ekström T, Bjermer L, Dahlén B, Pullerits T, Hedlin G, Carlsen KH, Larsson K. Combination of budesonide/formoterol on demand improves asthma control by reducing exercise-induced bronchoconstriction. *Thorax* 2014; 69:130-6.

14.Parsons JP, Hallstrand TS, Mastronarde JG, Kaminsky DA, Rundell KW, Hull JH, Storms WW, Weiler JM, Cheek FM, Wilson KC, Anderson SD; American Thoracic Society Subcommittee on Exercise-induced Bronchoconstriction. An official American Thoracic Society clinical practice guideline: exercise-induced bronchoconstriction. *Am J Respir Crit Care Med* 2013; 187:1016-27.

15.Magnan A, Bourdin A, Prazma CM, Albers FC, Price RG, Yancey SW, et al. Treatment response with mepolizumab in severe eosinophilic asthma patients with previous omalizumab treatment. *Allergy* 2016;71:1335–1344.

16.Castro M, Zangrilli J, Wechsler M, Bateman E, Brusselle GG, Bardin P, et al. Reslizumab for inadequately controlled asthma with elevated blood eosinophil counts: results from two multicentre, parallel, double-blind, randomised, placebo-controlled, phase 3 trials.*Lancet Respir Med* 2015;3:355-366.

17.Phase III ZONDA trial for benralizumab shows ability to reduce oral steroid use in severe asthma patients.Disponível na internet via WWW. Arquivo capturado em 14/07/2017. URL: https://www.astrazeneca.com/media-centre/press-releases/2017/phase-iii-zonda-trial-for-benralizumab-shows-ability-to-reduce-oral-steroid-use-in-severe-asthmapatients-22052017.html.

18.Castro M, Corren J, Pavord ID, Maspero J, Wenzel S, Rabe KF, Busse WW, Ford L, Sher L, FitzGerald JM, Katelaris C, Tohda Y, Zhang B, Staudinger H, Pirozzi G, Amin N, Ruddy M, Akinlade B, Khan A, Chao J, Martincova R, Graham NMH, Hamilton JD, Swanson BN, Stahl N, Yancopoulos GD, Teper A. Dupilumab Efficacy and Safety in Moderate-to-Severe Uncontrolled Asthma. *N Engl J Med* 2018; 28;378: 2486-2496.