

Muitas vezes, são necessários testes laboratoriais com a finalidade de escolha terapêutica (como, por exemplo, para o uso de trombolíticos) ou para acompanhamento clínico.

RUBENS J. GAGLIARDI

Referências

1. Beauchamp NJ, Bryan RN. Neuroimaging of stroke. In: Welch KMA, Caplan LR, Reis DJ, Siesjö BK, Weir B, editors. Primer on cerebrovascular diseases. San Diego: Academic Press; 1997. p.599-611.
2. Caplan LR. Clinical diagnosis and general laboratory evaluation. In: Welch KMA, Caplan LR, Reis DJ, Siesjö BK, Weir B, editors. Primer on cerebrovascular diseases. San Diego: Academic Press; 1997. p.593-7.
3. Cujec B, Polasek P, Voel C. Transesophageal echocardiography in the detection of potential cardiac source of embolism in stroke patients. Stroke 1991; 22:727-33.
4. Carhuapoma JR, Welch KMA. Cerebral spinal fluid in stroke. In: Welch KMA, Caplan LR, Reis DJ, Siesjö BK, Weir B, editors. Primer on cerebrovascular diseases. San Diego: Academic Press; 1997. p.597-9.
5. Mohr JP, Donnan G. Overview of laboratory studies. In: Barnett HJM, Mohr JP, Stein BM, Yatsu FM, editors. Stroke: pathophysiology, diagnosis and management. 3rd ed. New York: Churchill Livingstone; 1998. p.189-94.

Grau de Recomendação

- A) Estudos experimentais ou observacionais de maior consistência
- B) Estudos experimentais ou observacionais de menor consistência
- C) Relato de casos (estudos não controlados)
- D) Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais

Medicina Baseada em Evidências

DIAGNÓSTICO CLÍNICO E FUNCIONAL DA ASMA BRÔNQUICA

O diagnóstico da asma deve ser baseado em condições clínicas e funcionais.

Diagnóstico clínico ¹(D)

- um ou mais dos seguintes sintomas: dispnéia, tosse crônica, sibilância, aperto no peito

ou desconforto torácico, particularmente à noite ou nas primeiras horas da manhã;

- sintomas episódicos;
- melhora espontânea ou pelo uso de medicações específicas para asma (broncodilatores, antiinflamatórios esteróides);
- diagnósticos alternativos excluídos.

Perguntas que devem ser feitas aos pacientes (ou pais) para o diagnóstico clínico de asma:

- tem ou teve episódios recorrentes de falta de ar?
- teve alguma crise ou episódios recorrentes de sibilância?
- tem tosse persistente, particularmente à noite ou ao acordar?
- acorda por tosse ou falta de ar?
- tem tosse, sibilância, aperto no peito após atividade física?
- apresenta tosse, sibilância ou desenvolve aperto no peito após exposição a alergênicos como mofo, poeira de casa e animais ou irritantes como fumaça de cigarros e perfumes, ou após resfriados ou alterações emocionais como risada ou choro?
- usa alguma medicação quando os sintomas ocorrem? Com que frequência?
- os sintomas são aliviados quando a medicação é usada?

Diagnóstico funcional

Espirometria

- obstrução das vias aéreas caracterizada por redução do VEF1 (inferior a 80% do previsto) e da relação VEF1/CVF (inferior a 75%);
- diagnóstico de asma é confirmado pela presença de obstrução ao fluxo aéreo que desaparece ou melhora significativamente após broncodilatador (aumento do VEF1 de 7% em relação ao valor previsto e 200 ml em valor absoluto, após inalação de beta-2 agonista de curta duração) ²(D).

Testes adicionais (quando a espirometria for normal)

- teste de broncoprovocação com agentes broncoconstritores (metacolina, histamina, carbacol) para demonstrar a presença de hiperresponsividade brônquica ³(B);
- medidas de VEF1 antes e após o teste de exercício, demonstrando-se após o esforço queda significativa da função pulmonar (acima de 10% a 15%) ⁴(B);
- medidas seriadas do pico do fluxo expiratório (PFE) auxiliam no diagnóstico de asma quando demonstra-se variabilidade aumentada nos valores obtidos pela manhã e à noite (acima de 20% em adultos e de 30% em crianças) ³(B).

Comentário

Utilizando-se de alguns dados obtidos no diagnóstico clínico e funcional, a asma pode ser classificada segundo sua gravidade (Quadro 1). Há variações na gravidade da asma, também correlacionadas à frequência de uso de broncodilatador (B2), classe de medicação necessária para o controle, dose de corticóide inalatório utilizada, número de hospitalizações ⁵(A).

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

Referências

1. Boushey HA. Clinical diagnosis in adults. In: Barnes PJ, Rodger IW, Thomson NC, editors. Asthma. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1997.
2. Pereira CAC, Naspitz C. II Consenso Brasileiro de Manejo da Asma. J Pneumol 1998; 173-276.
3. Ribeiro M, Silva RCC, Pereira CAC. Diagnóstico de asma: comparação entre o teste de broncoprovocação e a variabilidade do pico de fluxo expiratório. J Pneumol 1995; 21:217-24.
4. Haby MM, Anderson SD, Peat JK, Mellis CM, Toelle BG, Woolcock AJ. An exercise challenge protocol for epidemiological studies of asthma in children: comparison with histamine challenge. Eur Respir J 1994; 7:43-9.
5. Ellman MS, Viscoli CM, Sears MR, Taylor DR, Beckett WS, Horwitz RI. A new index of prognostic severity for chronic asthma. Chest 1997; 112:582-90.

Quadro 1 – Classificação da gravidade da asma

	Sintomas diurnos	Sintomas noturnos	PFE ou VEF1	Variabilidade PEF
Intermitente	nenhum ou <2/semana	<2/mês	>80%	<20%
Persistente leve	3-4/semana	3-4/mês	>80%	20%-30%
Persistente moderada	diariamente	>5/mês	>60% e <80%	>30%
Persistente grave	contínuos	frequente	<60%	>30%