

GHID DE BUZUNAR PENTRU CADRELE MEDICO-SANITARE

Ediția 2017



GINA Global Strategy for Asthma
Management and Prevention

© Global Initiative for Asthma

Traducere – Societatea Romana de Pneumologie cu acordul
DIRECTOR DE PROGRAME GINA
Rebecca Decker, BS, MSJ



GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA

GHID DE BUZUNAR PENTRU CADRELE MEDICO-SANITARE Ediția 2017, actualizată

Comitetul Director GINA

Președinte: Dr. Søren Pedersen

Comitetul Științific GINA

Președinte: Helen Reddel, MBBS PhD

Comitetul de Diseminare și Implementare GINA

Președinte: Dr. Louis-Philippe Boulet

Adunarea Generală GINA

Adunarea Generală GINA cuprinde membri din 45 de țări, prezentați pe pagina web GINA www.ginasthma.org.

Director de Programe GINA

Rebecca Decker, BS, MSJ

Numele membrilor Comitetelor GINA sunt enumerate la pagina 28.

CUPRINS

Prefață	3
Ce se știe despre astm?	4
Stabilirea diagnosticului de astm	5
Criterii de stabilire a diagnosticului de astm	6
Diagnosticul astmului în populații speciale	7
Evaluarea unui pacient cu astm	8
Cum evaluăm controlul astmului	9
Cum investigăm astmul necontrolat	11
Managementul astmului	12
Principii generale	12
Tratamentul pentru controlul simptomelor și minimizarea riscului / reducerea riscurilor	13
Managementul astmului controlat	13
Tratamentul de fond inițial	13
Abordarea progresivă, în trepte, pentru ajustarea tratamentului	16
Analizarea răspunsului și ajustarea tratamentului	17
Abilități de utilizarea a inhalatorului și aderență la tratament.....	18
Tratarea factorilor de risc modificabili	19
Strategii și intervenții non-farmacologice	20
Tratamentul în populații sau contexte speciale.....	20
Crizele de astm (exacerbările)	21
Planuri de acțiune scrise pentru astm.....	22
Managementul exacerbărilor în unități de asistență medicală primară sau de urgență	23
Analizarea răspunsului la tratament	24
Monitorizarea după o exacerbare	26
Glosar pentru clasele de medicamente pentru astm	26
Gratitudine.....	28
Publicații GINA	29

LISTA FIGURILOR

Diagrama 1. Diagrama pentru diagnosticul astmului în practica clinică	5
Diagrama 2. Caracteristici utile în stabilirea diagnosticului de astm	6
Diagrama 3. Cum se face evaluarea unui pacient cu astm	8
Diagrama 4. Evaluarea controlului simptomelor și a riscului viitor	9
Diagrama 5. Investigarea astmului necontrolat în unități de îngrijiri primare..	11
Diagrama 6. Ciclul de management al astmului controlat terapeutic	14
Diagrama 7. Abordarea progresivă, în trepte, a tratamentului în astm	15
Diagrama 8. Doze zilnice mici, medii și mari de corticoizi inhalatorii (mcg)....	15
Diagrama 9. Auto-managementul cu un plan de acțiune scris.....	22
Diagrama 10. Managementul exacerbărilor astmului în unități de îngrijire medicală primară.....	25

Abrevierile utilizate în prezentul Ghid de buzunar sunt disponibile la pagina 28.

PREFAȚĂ

Astmul afectează aproximativ 300 de milioane de persoane în întreaga lume. Este o problemă serioasă de sănătate publică, care afectează toate grupele de vârstă, cu o prevalență în creștere în multe țări aflate în curs de dezvoltare, cu creșterea costurilor terapeutice și care constituie o povară din ce în ce mai mare pentru pacienți și societate. Astmul continuă să fie o povară inacceptabilă pentru sistemele de sănătate și pentru societate, prin pierderea productivității la locul de muncă și în special în cazul astmului pediatric prin perturbarea vieții de familie, încă contribuie la creșterea numărului de decese pe plan mondial, inclusiv în rândul tinerilor.

Cadrele medico-sanitare responsabile de managementul astmului se confruntă cu diverse probleme în întreaga lume, în funcție de contextul local, sistemul sanitar și accesul la resurse.

Inițiativa Globală pentru Astm (**Global Initiative for Asthma - GINA**) a fost înființată cu scopul de a crește nivelul de conștientizare a acestei afecțiuni în rândul cadrelor medico-sanitare, a autorităților de sănătate publică și a comunității și pentru a îmbunătăți prevenția și managementul printr-un efort coordonat la nivel global. GINA elaborează rapoarte științifice privind astmul, încurajează diseminarea și implementarea recomandărilor și promovează colaborarea internațională privind cercetarea în domeniul astmului.

Strategia Globală pentru Managementul și Prevenirea Astmului a fost atent revizuită în 2014 astfel încât să ofere o abordare completă și integrată a managementului astmului, adaptabilă condițiilor locale și fiecărui pacient în parte. Se concentrează nu doar pe dovezile solide existente, ci și pe claritatea limbajului și pe asigurarea unor instrumente care permit implementarea în practica clinică. De atunci, acest raport a fost actualizat anual.

Raportul GINA 2017 și alte publicații GINA enumerate la pagina 29 pot fi obținute pe adresa www.ginasthma.org.

Cititorul este informat că prezentul **Ghid de buzunar** reprezintă un scurt rezumat al raportului GINA 2017 pentru profesioniști în asistența medicală primară. Acesta NU conține toate informațiile necesare pentru managementul astmului, cum ar fi cele despre siguranța tratamentelor, și ar trebui utilizat împreună cu raportul complet GINA 2017 și pe baza judecății clinice a profesionistului în domeniul sănătății. GINA nu se face responsabilă pentru îngrijiri medicale neadecvate prestate pe baza utilizării acestui document, inclusiv pentru orice utilizare neconformă cu regulamentele sau ghidurile locale sau naționale.

CE SE ȘTIE DESPRE ASTM?

Astmul este o boală cronică frecventă și potențial severă care presupune o povară substanțială pentru pacienți, familiile lor și societate. Se manifestă prin simptome respiratorii, limitarea activității fizice și crize (atacuri) care uneori necesită îngrijiri medicale de urgență și pot fi fatale.

Din fericire...astmul poate fi tratat eficient și majoritatea pacienților pot ajunge să își controleze bine boala. Când astmul este bine controlat, pacienții pot:

- ✓ evita simptomele deranjante pe timp de zi și de noapte
- ✓ necesita mai puține medicamente de salvare, sau chiar deloc
- ✓ duce o viață productivă și activă din punct de vedere fizic
- ✓ avea o funcție pulmonară normală sau aproape normală
- ✓ evita crizele de astm severe (exacerbările sau atacurile)

Ce este astmul? Astmul se manifestă prin simptome precum wheezing (respirație șuierătoare), dispnee, constricție toracică și tuse, care pot varia în timp în ceea ce privește apariția, frecvența și intensitatea lor.

Aceste simptome sunt asociate cu un flux variabil de aer expirat, de ex. dificultate de a elimina aerul din plămâni din cauza bronhoconstricției (îngustării căilor respiratorii), îngroșării peretelui căilor respiratorii și creșterii cantității de mucus. Și persoanele fără astm pot prezenta unele variații ale fluxului de aer, dar nu la fel de semnificative ca în astm. Există diferite tipuri de astm, cu procese patologice de bază diferite.

Factorii ce pot declanșa sau agrava simptomele astmatice includ infecțiile virale, alergenii domestici sau „profesionali” (de la locul de muncă) (de ex. acarienii, polenurile, gândacii), fumul de tutun, efortul fizic și stresul. Aceste reacții apar mai degrabă atunci când astmul nu este controlat. Unele medicamente pot induce sau declanșa astmul, de ex. beta-blocanțele și (la unii pacienți) aspirina sau alte AINS.

Crizele de astm (denumite și exacerbări sau atacuri) pot fi fatale. Acestea sunt mai frecvente și mai severe atunci când astmul nu este controlat sau în cazul unor pacienți la risc înalt. Cu toate acestea, crizele de astm pot apărea și la pacienții care se află sub tratament pentru astm, prin urmare toți pacienții trebuie să aibă un plan de acțiune pentru astm.

O abordare progresivă, în etape a tratamentului, personalizată pentru fiecare pacient, ia în considerare eficiența medicamentelor disponibile, siguranța lor și costul acestora pentru plătitor sau pentru pacient.

Tratamentul de fond (de control) regulat, în special cu medicamente care conțin corticosteroizi inhalatori (CSI), reduce vizibil frecvența și severitatea simptomelor astmatice, precum și riscul de apariție a crizelor.

Astmul este o afecțiune frecventă care afectează sistemul social la toate nivelurile. Sportivi olimpici, lideri celebri și personalități, dar și oameni obișnuiți trăiesc o **viață activă și plină de succes în ciuda faptului ca au astm**.

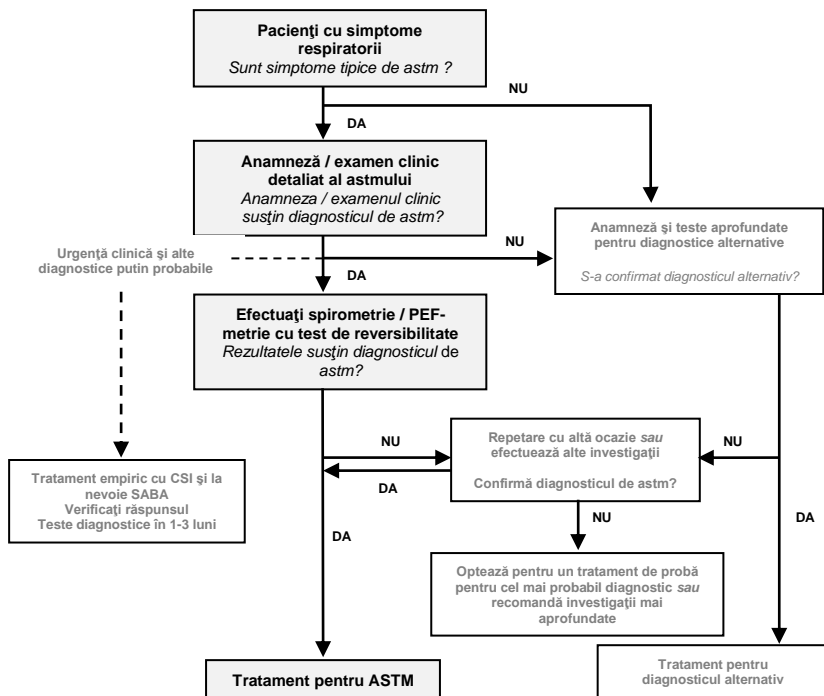
STABILIREA DIAGNOSTICULUI DE ASTM

Astmul este o boală cu multiple variații (heterogenă), caracterizată de obicei printr-o inflamație cronică a căilor respiratorii. Astmul are două elemente principale definitorii:

- un istoric de simptome respiratorii, precum respirație șuierătoare (wheezing), dispnee, constricție toracică și tuse, care variază în timp și în intensitate, și
- limitarea variabilă a fluxului de aer expirat.

O diagramă grafică de stabilire a diagnosticului în practica clinică este reprezentată în **Diagrama 1**, iar în **Diagrama 2** sunt descrise criteriile diagnostice specifice pentru astm.

Diagrama 1. Diagrama de diagnostic a astmului în practica clinică



Diagnosticul de astm trebuie confirmat și, pentru referințe viitoare, dovada trebuie documentată în fișa medicală a pacientului. În funcție de urgența clinică și de accesul la resurse, diagnosticul ar trebui să fie confirmat de preferință înainte de administrarea tratamentului de fond. Confirmarea diagnosticului de astm este mai dificilă după inițierea tratamentului (consultați pag 11).

CRITERII DIAGNOSTICE PENTRU ASTM

Diagrama 2. Caracteristici pentru stabilirea diagnosticului de astm

1. Antecedente de simptome respiratorii variabile
<p>Simptomele tipice sunt wheezing-ul, dispneea, constricția toracică, tusea.</p> <ul style="list-style-type: none">• În general, persoanele cu astm prezintă mai mult de un simptom tipic.• Simptomele apar variabil în timp și sunt variabile în intensitate.• De obicei, simptomele apar sau se agravează noaptea sau la trezire.• Simptomele sunt adesea declanșate de activitatea fizică, râs, alergeni sau aer rece.• De obicei, simptomele apar sau se agravează în caz de infecții virale.
2. Prezența obstrucției variabile a fluxului de aer expirat
<ul style="list-style-type: none">• Cel puțin o dată în timpul procedurii de diagnostic, când FEV₁ este scăzut, documentați că raportul FEV₁/FVC este scăzut. În mod normal, raportul FEV₁/FVC este mai mare de 0.75-0.80 la adulți și peste 0.90 la copii.• Se documentează dacă variabilitatea funcției pulmonare este mai mare decât la oamenii sănătoși. De exemplu:<ul style="list-style-type: none">○ FEV₁ crește cu peste 12% și 200 ml (>12% din valoarea prezisă la copii) după administrarea unui bronhodilatator inhalator. Aceasta se numește “reversibilitate post-bronhodilatator”.○ variabilitatea zilnică medie a PEF diurn* este de >10% (la copii >13%)○ FEV₁ crește cu peste 12% și 200 ml de la valoarea de bază (la copii, cu >12% din valoarea prezisă) după 4 săptămâni de tratament antiinflamator (în afara oricărei infecții respiratorii)• Cu cât variabilitatea este mai mare sau cu cât variabilitatea în exces este mai frecventă, cu atât puteți fi mai siguri de diagnosticul de astm.• Este posibil să fie nevoie de repetarea testelor pe perioada simptomelor, dimineața devreme sau după oprirea tratamentului medicamentos cu bronhodilatatoare.• Reversibilitatea post-bronhodilatator poate fi absentă în timpul exacerbărilor severe sau infecțiilor virale. Dacă nu este prezentă reversibilitate post-bronhodilatator la prima testare, următorul pas depinde de urgența clinică și de disponibilitatea altor teste.• Pentru alte teste utile pentru diagnostic, precum testele de provocare bronșică, consultați Capitolul 1 din Raportul GINA 2017.

* Calculată prin măsurători de două ori pe zi (cea mai bună valoare din 3, de fiecare dată) prin formula: (cel mai mare PEF al zilei minus cel mai mic PEF al zilei) împărțit la (media celui mai mare și celui mai mic PEF al zilei), și făcând media pe o perioadă de 1-2

săptămâni. Se va utiliza de fiecare dată același contor PEF (PEF-metter), fie ca PEF se măsoară la domiciliu sau la cabinet.

Examenul fizic la persoanele cu astm este de multe ori normal, dar cel mai frecvent semn obiectiv la auscultație este wheezing-ul, în special la expirul forțat.

DIAGNOSTICUL ASTMULUI ÎN POPULAȚII SPECIALE

Pacienți al căror unic simptom respirator este tusea

Cauza poate fi: sindromul tusigen cronic (tuse cronică) specific căilor respiratorii superioare („post-nasal drip” – rinoree posterioară), sinuzita cronică, refluxul gastroesofagian (BRGE), disfuncția corzilor vocale, bronșita eozinofilică sau chiar un astm tusigen (tusiv). Astmul tusigen este caracterizat de tuse și hiperreactivitate a căilor respiratorii, iar documentarea variabilității funcției pulmonare este esențială în stabilirea diagnosticului. Cu toate acestea, lipsa variabilității la momentul testării nu exclude astmul. Pentru alte teste diagnostice, se consultă Diagrama 2 și Capitolul 1 din Raportul GINA 2017 sau se trimite pacientul la medicul specialist.

Astm profesional și astm agravat la locul de muncă

Orice pacient cu debut al astmului la vârsta adultă trebuie întrebat de potențiale expuneri profesionale și dacă simptomele de astm se ameliorează atunci când se află în afara serviciului. Este important să existe o confirmare obiectivă a diagnosticului (de cele mai multe ori se impune trimiterea la un medic specialist) și să fie exclusă expunerea cât mai repede posibil.

Femei însărcinate

Toate femeile însărcinate și femeile care planifică o sarcină trebuie întrebate dacă au astm și trebuie explicată importanța tratamentului antiastmatic pentru sănătatea mamei și a copilului.

Vârstnici

Astmul poate fi sub-diagnosticat la persoanele în vârstă, din cauza percepției greșite cum că dispneea este normală când îmbătrânești, din cauza condiției fizice sau a activității reduse. Astmul poate fi de asemenea supra-diagnosticat la vârstnici prin confuzie cu dispneea determinată de insuficiența ventriculară stângă sau de cardiopatia ischemică. Dacă există antecedente de fumat sau expunere la combustibil din biomasă, trebuie luat în considerare diagnosticul de BPOC sau de overlap (suprapunere) astm-BPOC (a se vedea mai jos).

Fumători și foști fumători

Astmul și BPOC-ul pot coexista sau se pot suprapune (overlap astm-BPOC), în special la fumători și la vârstnici. Istoricul și profilul simptomelor, cât și antecedentele personale patologice pot fi utile în diferențierea astmului cu obstrucție bronșică fixă de BPOC. În cazul incertitudinii privind diagnosticul, este necesară trimiterea din timp la medicul specialist, deoarece overlap-ul astm-

BPOC are evoluție și consecințe mai grave decât în caz de astm sau BPOC luate separat. Overlap-ul astm-BPOC nu reprezintă o boală separată, dar probabil este cauzat de mai multe mecanisme diferite. Există puține dovezi de bună calitate despre modul în care trebuie tratați astfel de pacienți, ei fiind deseori excluși din studiile clinice.

Confirmarea diagnosticului de astm la pacienți cu tratament de fond:

În cazul multor pacienți (25–35%) diagnosticați cu astm în unitățile medicale de asistență primară, diagnosticul nu poate fi confirmat. Dacă premisele de stabilire a diagnosticului nu au fost documentate, se impune confirmarea cu ajutorul testelor obiective. Dacă nu sunt îndeplinite criteriile standard pentru astm (Diagrama 2), trebuie luate în considerare și alte investigații. De exemplu, dacă funcția pulmonară este normală, se repetă testul de reversibilitate la bronhodilatator după ce se oprește medicația inhalatorie timp de > 12 ore. Dacă pacientul are simptome frecvente, se încearcă escaladarea tratamentului de fond (de control), apoi se repetă testarea funcției pulmonare după 3 luni. Dacă pacientul are doar câteva simptome, se dezescalează tratamentul de fond (de control); după ce ne asigurăm că pacientul are un plan de acțiune scris pentru astmul sau, îl monitorizăm atent și îi repetăm testele funcționale respiratorii.

EVALUAREA PACIENTULUI CU ASTM

Cu orice ocazie pacienții diagnosticați cu astm trebuie evaluați, în special atunci când sunt simptomatici sau după o exacerbare recentă, dar și atunci când vin pentru a reinnoi rețeta. De asemenea, se programează un consult de rutină cel puțin o dată pe an.

Diagrama 3. Cum se evaluează un pacient cu astm

1. Controlul astmului – se evaluează controlul simptomelor și factorii de risc
<ul style="list-style-type: none">• Se evaluează controlul simptomelor în ultimele 4 săptămâni (Diagrama 4, pag 9)• Se identifică orice alți factori de risc pentru evoluția nefavorabilă (Diagrama 4, pag 9)• Se măsoară funcția pulmonară înainte de inițierea tratamentului, la 3-6 luni și apoi periodic, de ex. cel puțin anual la majoritatea pacienților.
2. Probleme privind tratamentul
<ul style="list-style-type: none">• Se documentează tratamentul pacientului (Diagrama 7, pag 1516) și se întreabă despre efectele secundare ale acestuia.• Se urmărește pacientul cum își folosește inhalatorul pentru a îi verifica tehnica (pag 18)

- Se va purta o discuție deschisă despre aderența la tratament (pag 18)
- Se verifică dacă pacientul are un plan de acțiune scris pentru astm (pag 22)
- Se întreabă pacientul despre atitudinea și obiectivele lui în privința astmului

3. Asociază comorbidități?

- Sunt incluse rinita, rino-sinuzita, refluxul gastroesofagian (BRGE), obezitatea, apneea obstructivă în somn, depresia și anxietatea.
- Comorbiditățile trebuie identificate, deoarece pot contribui la agravarea simptomelor respiratorii și la scăderea calității vieții. Tratamentul acestora poate complica managementul astmului.

CUM SE EVALUEAZĂ CONTROLUL ASTMULUI

Controlul astmului înseamnă măsura în care efectele astmului sunt observate la pacient sau măsura în care au fost reduse sau eliminate prin tratament. Controlul astmului se concentrează pe două aspecte: controlul simptomelor și factorii de risc care pot duce la o evoluție nefavorabilă a bolii. Chestionarele precum Testul de Control al Astmului (ACT - Asthma Control Test) sau Chestionarul de Control al Astmului (ACQ - Asthma Control Questionnaire) evaluează doar controlul simptomelor.

Controlul insuficient al simptomelor este o povară pentru pacienți și un factor de risc pentru apariția crizelor de astm. **Factorii de risc** sunt factorii care duc la creșterea riscului ca pacientul să dezvolte exacerbări (crize), pierderea funcției pulmonare sau efectele secundare ale medicamentelor.

Diagrama 4. Evaluarea controlului simptomelor și a riscului viitor

A. Nivelul de control al simptomelor astmatice

În ultimele 4 săptămâni, pacientul a prezentat:	Bine controlat	Parțial controlat	Necontrolat
Simptome diurne mai des de două ori/săpt.? Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>			
S-a trezit noaptea din cauza astmului? Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>	Nici unul din acestea	1-2 din acestea	3-4 din acestea
A necesitat medicație de salvare* mai des de două ori/săpt.? Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>			
Și-a limitat activitatea din cauza astmului? Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>			

B. Factorii de risc pentru o evoluție nefavorabilă a astmului

Evaluati factorii de risc la momentul diagnosticului, apoi periodic, cel puțin o dată la 1-2 ani, în special la pacienții care prezintă exacerbări.

Determinați FEV₁ la inițierea tratamentului, la 3-6 luni de tratament de control pentru a înregistra cea mai bună valoare a funcției pulmonare, apoi periodic pentru o evaluare

continuă a riscurilor.

Factorii de risc independenți, modificabili, responsabili de exacerbări:

- Simptomele astmatice insuficient controlate (indicate mai sus)
- Lipsa prescrierii CSI; aderență slabă la CSI; tehnică inhalatorie incorectă
- BADSA utilizat excesiv (mortalitate crescută dacă >1 flacon X 200doze/lună)
- FEV₁ scăzut, în special < 60% din valoarea prezisă
- Probleme majore psihologice și socio-economice
- Expuneri: fumat; expunere la alergeni față de care există o sensibilitate
- Comorbidități: obezitate; rino-sinuzită; alergie alimentară confirmată
- Eozinofile în spută sau în sânge; FENO crescut la adulți cu alergii
- Sarcină

Prezența unuia sau mai multor dintre acești factori de risc crește riscul de exacerbări, chiar dacă simptomele sunt bine controlate.

Printre factorii de risc independenți majori pentru crize (exacerbări) se numără:

- Istoric de intubare sau internare în ATI pentru astm
- Cel puțin o exacerbare severă în ultimele 12 luni.

Factorii de risc pentru dezvoltarea obstrucției bronșice fixe includ lipsa tratamentului CSI; expunerea la fumul de tutun, la substanțe chimice nocive sau expuneri profesionale; FEV₁ scăzut; hipersecreția cronică de mucus și eozinofile în spută sau în sânge.

Factorii de risc pentru efectele secundare ale tratamentului medicamentos pot fi:

- *Sistemic:* utilizare frecventă de CSO; CSI pe termen lung, în doză mare și/sau supra-dozaj; administrarea de inhibitori P450
- *Local:* CSI în doză mare sau supra-dozaj; tehnică inhalatorie necorespunzătoare

Ce rol are funcția pulmonară în monitorizarea astmului?

O dată ce astmul a fost diagnosticat, cel mai util indicator al riscului viitor este funcția pulmonară. Aceasta ar trebui documentată la momentul diagnosticului, la 3–6 luni de la începerea tratamentului și apoi periodic. Funcția pulmonară ar trebui măsurată cel puțin o dată la 1-2 ani la majoritatea pacienților și mai frecvent la copii și la cei cu risc crescut de exacerbări sau declin al funcției pulmonare. Pacienții care prezintă fie prea puține, fie prea multe simptome în raport cu funcția lor pulmonară, necesită investigații mai detaliate.

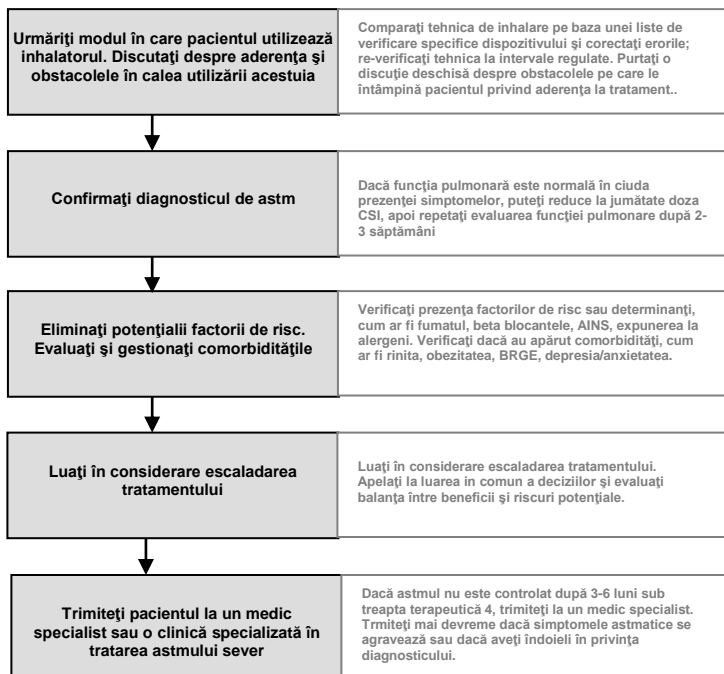
Cum se evaluează severitatea astmului?

Severitatea astmului poate fi evaluată retrospectiv prin nivelul de tratament (pag 15) necesar pentru controlul simptomelor și exacerbărilor. Formele ușoare de astm sunt cele care pot fi controlate cu tratamente de treaptă 1 sau 2. Astmul sever este astmul care necesită un tratament de treaptă 4 sau 5 pentru menținerea controlului simptomelor. Poate părea similar astmului necontrolat, netratat.

CUM INVESTIGĂM ASTMUL NECONTROLAT

Majoritatea pacienților pot obține controlul astmului prin administrarea regulată a tratamentului de fond, dar unii pacienți nu îl pot obține, astfel încât sunt necesare investigații suplimentare.

Diagrama 5. Investigarea astmului necontrolat în unități de îngrijire primară



În această diagramă sunt prezentate întâi problemele cele mai frecvent întâlnite, însă ordinea pașilor poate fi diferită în funcție de resursele disponibile și contextul clinic.

MANAGEMENTUL ASTMULUI

PRINCIPII GENERALE

Obiectivele pe termen lung ale managementului astmului sunt **controlul simptomelor** și **reducerea riscurilor**. Scopul este acela de a reduce povara pentru pacient și riscul de exacerbări, de a evita injuria căilor aeriene și efectele secundare ale medicamentelor. Obiectivele personale ale pacientului în privința astmului sau și a tratamentului bolii sale trebuie, de asemenea, identificate.

Recomandările la nivel populațional cu privire la tratamentele antiastmatice „preferate” reprezintă cel mai bun tratament pentru majoritatea pacienților dintr-o populație.

Deciziile privind tratamentul la nivel individual ar trebui să ia în considerare orice caracteristică individuală sau oricare fenotip care poate prezice probabilitatea de răspuns la tratament a pacientului, alături de preferințele pacientului și aspectele practice, precum tehnica inhalatorie, complianța și costul.

Stabilirea unui **parteneriat** între pacient și medic este importantă pentru un management eficient al astmului. **Cursurile de abilități de comunicare** pentru cadrele medico-sanitare pot duce la creșterea gradului de satisfacție a pacientului, la o evoluție mai bună a statusului de sănătate și la scăderea necesarului de resurse de asistență medicală.

Educația sanitară – adică, abilitatea pacientului de a obține, procesa și înțelege informații de bază despre sănătate, astfel încât să poată lua decizii adecvate în privința propriei sănătăți – ar trebui luată în considerare în managementul și educația pacientului cu astm.

TRATAMENT PENTRU CONTROLUL SIMPTOMELOR ȘI REDUCEREA RISCURILOR

Tratamentul antiastmatic pentru controlul simptomelor și reducerea riscurilor include:

- Medicamente. Fiecărui pacient astmatic ar trebui să i se prescrie un tratament de salvare și majorității adulților și adolescenților cu astm ar trebui să li se prescrie un tratament de fond (de control)
- Tratamentul factorilor de risc modificabili
- Tratamente și strategii non-farmacologice

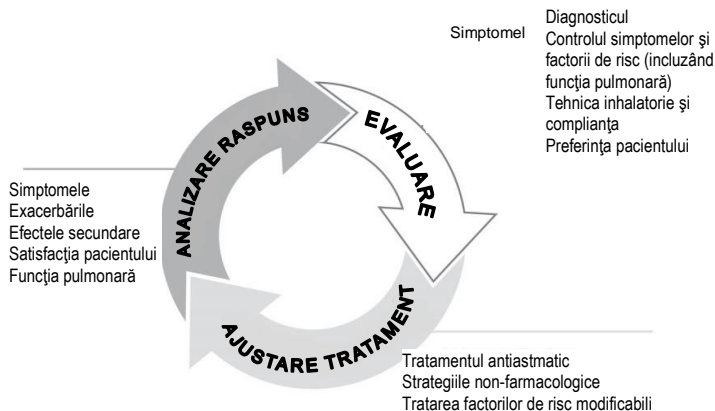
Este important ca fiecare pacient să fie pregătit pentru a dobândi abilitățile tehnice esențiale și pentru a realiza auto-managementul ghidat al astmului, care include:

- Informații despre astm
- Abilități tehnice de utilizare a inhalatorului (pag 18)
- Complianța (aderența) (pag 18)
- Plan de acțiune scris pentru astm (pag 22)
- Auto-evaluare
- Controale medicale periodice (pag 8)

MANAGEMENTUL ASTMULUI CONTROLAT

Tratamentul antiastmatic este ajustat într-un ciclu continuu care permite **evaluarea bolii, ajustarea tratamentului și analizarea răspunsului la terapie**. Principalele componente ale acestui ciclu sunt prezentate în Diagrama 6.

Diagrama 6. Ciclul de management al astmului controlat terapeutic



TRATAMENTUL DE FOND ÎNIIȚIAL

Pentru a obține cele mai bune rezultate, tratamentul de fond (de control) zilnic regulat trebuie inițiat cât de repede posibil după stabilirea diagnosticului de astm, deoarece:

- tratamentul precoce cu doze mici CSI duce la îmbunătățirea funcției pulmonare, spre deosebire de tratamentul inițiat la mai mult de 2-4 ani de simptomatologie manifestă.
- pacienții care nu iau CSI și experimentează o exacerbare severă, au o funcție pulmonară pe termen lung mai mică în comparație cu cei care au deja inițiat tratamentul CSI.
- în astmul profesional, eliminarea din timp a expunerii și tratamentul precoce cresc probabilitatea de recuperare.

Administrarea regulată în doze mici de CSI este recomandată tuturor pacienților diagnosticați cu astm și care prezintă una dintre următoarele situații:

- simptome astmatice mai des de două ori pe lună
- treziri din cauza astmului mai mult de o dată pe lună
- oricare simptom astmatic plus oricare factor de risc pentru exacerbări (de ex. astmul care a necesitat CSO în ultimele 12 luni; FEV₁ scăzut; internare în ATI pentru astm)

Luăți în considerare inițierea tratamentului la o treaptă terapeutică superioară (de ex. doze medii/mari de CSI sau CSI/BADLA), dacă pacientul are simptome astmatice deranjante aproape în fiecare zi sau dacă se trezește din cauza astmului cel puțin o dată pe săptămână, în special dacă există factori de risc

pentru exacerbări. Dezescaladați trecând la o treaptă terapeutică mai mică dacă astmul a fost bine controlat timp de 3 luni.

Dacă pacientul se prezintă inițial cu astm necontrolat sever sau cu exacerbare acută, prescrieți o schemă de tratament de scurtă durată cu CSO și inițiați tratamentul de fond regulat (de ex. doze mari de CSI sau doze medii de CSI/BADLA).

Categoriile de doze mici, medii și mari pentru diferitele tipuri de CSI sunt prezentate în Diagrama 8 (pag 15).

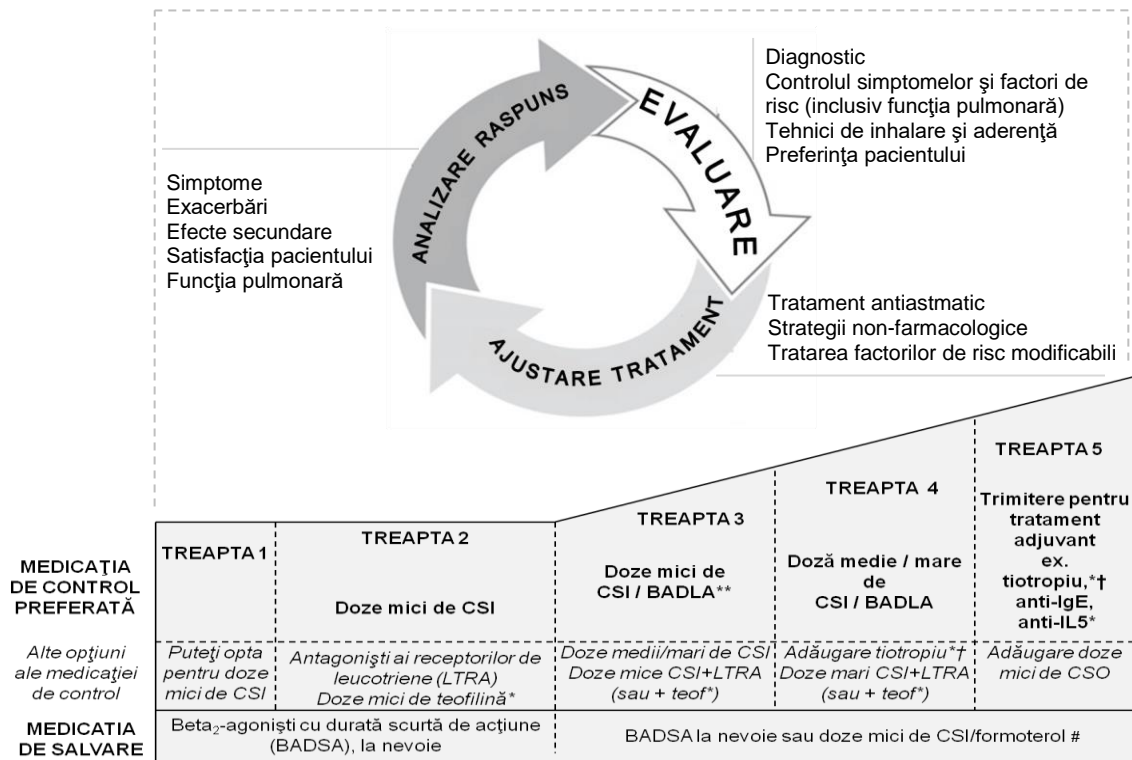
Înainte de a începe tratamentul de fond inițial

- înregistrați argumentele pentru diagnosticul de astm, dacă este posibil
- documentați controlul simptomelor și factorii de risc
- evaluați funcția pulmonară, dacă este posibil
- instruiți pacientul privind utilizarea corectă a inhalatorului și verificați tehnica acestuia
- programați un consult ulterior de monitorizare

După ce a început tratamentul de fond inițial

- evaluați răspunsul după 2-3 luni sau în funcție de urgența clinică
- consultați Diagrama 7 pentru tratamentul în curs și alte aspecte importante legate de management
- optați pentru dezescaladarea tratamentului dacă astmul a fost bine controlat timp de 3 luni

Diagrama 7. Abordarea progresivă a tratamentului antiastmatic (trepte terapeutice)



NU UITAȚI SĂ...

- Asigurați educația pentru auto-management ghidat (auto-evaluare + plan de acțiune scris + evaluare medicală periodică).
- Tratați factorii de risc modificabili și comorbiditățile, ex. fumatul, obezitatea, anxietatea.
- Oferiți consiliere privind terapiile și strategiile non-farmacologice, ex. exercițiile fizice, pierderea în greutate, evitarea factorilor sensibilizanți, alergenilor, unde este cazul.
- Escaladați tratamentul dacă ... există simptome necontrolate, exacerbări sau riscuri, dar verificați mai întâi diagnosticul, tehnica de inhalare și complianța pacientului.
- Adăugați imunoterapie sublinguală (SLIT) la pacienții adulți sensibilizați la acarieni și cu rinită alergică și exacerbări în ciuda tratamentului cu CSI, dacă FEV₁ este ≥ 70% din valoarea prezisă.
- Deescaladați tratamentul dacă ... simptomele sunt controlate timp de 3 luni + risc scăzut de exacerbări. Nu se recomandă oprirea administrării de CSI.

* Nu se adresează copiilor < 12 ani. ** La copiii în vârstă de 6-11 ani, treapta terapeutică 3 preferată constă în doze medii de CSI. # Doza mică de CSI/formoterol este medicația de salvare pentru pacienții cărora li s-au prescris doze mici de budesonidă/formoterol sau doze mici de beclometazonă/formoterol pentru tratament de fond și de salvare. † Tiotropiu administrat inhalator sub formă de pulbere fină este un tratament adjuvant pentru pacienții cu istoric de exacerbări*.

Pentru Glosarul medicamentelor consultați pag 26. Pentru detalii despre recomandările de tratament, dovezi experimentale și sfaturi clinice despre implementarea la diferite populații, consultați Raportul integral GINA 2017 (www.ginasthma.org).

Diagrama 8. Doze zilnice mici, medii și mari de corticosteroizi inhalatorii (mcg)

Corticosteroid inhalator	Adulți și adolescenți			Copii 6-11 ani		
	Mică	Medie	Mare	Mică	Medie	Mare
Dipropionat de beclometazonă (CFC)*	200-500	>500-1000	>1000	100-200	>200-400	>400
Dipropionat de beclometazonă (HFA)	100-200	>200-400	>400	50-100	>100-200	>200
Budesonidă (DPI)	200-400	>400-800	>800	100-200	>200-400	>400
Budesonidă (nebulizare)				250-500	>500-1000	>1000
Ciclesonidă (HFA)	80-160	>160-320	>320	80	>80-160	>160
Furoat de fluticazonă (DPI)	100	n.a.	200	n.a.	n.a.	n.a.
Propionat de fluticazonă (DPI)	100-250	>250-500	>500	100-200	>200-400	>400
Propionat de fluticazonă (HFA)	100-250	>250-500	>500	100-200	>200-500	>500
Furoat de mometazonă	110-220	>220-440	>440	110	≥220-440	≥440
Acetonid de triamcinolonă	400-1000	>1000-2000	>2000	400-800	>800-1200	>1200

CFC: propulsor cu clorofluorocarbon; DPI: inhalator cu pulbere uscată; HFA: propulsor cu hidrofluoroalcan. *Inclus pentru comparația cu vechea literatură

ABORDAREA PROGRESIVĂ, ÎN TREPTE, PENTRU AJUSTAREA TRATAMENTULUI

Odată ce tratamentul antiastmatic a fost inițiat, deciziile ulterioare se bazează pe un ciclu de evaluare (pag.14), de ajustare a tratamentului și de analizare a răspunsului la terapie. Tratamentele de elecție pentru fiecare treaptă terapeutică sunt sintetizate mai jos și în Diagrama 7 (pag15); pentru detalii, consultați Raportul integral GINA 2017. Consultați Diagrama 8 (pag 15) pentru categoriile de doze de CSI.

TREAPTA TERAPEUTICĂ 1: BADSA la nevoie, fără medicație de fond

Este indicată numai dacă simptomele sunt rare, nu prezintă treziri nocturne din cauza astmului, nu a avut exacerbări în ultimul an și FEV₁ este normal.

Alte opțiuni: doze mici de CSI administrate regulat la pacienții cu risc de exacerbări.

TREAPTA TERAPEUTICĂ 2: Doze mici de CSI administrate regulat plus BADSA la nevoie

Alte opțiuni: LTRA sunt mai puțin eficiente decât CSI; CSI/BADLA duce la ameliorarea mai rapidă a simptomelor și a FEV₁ decât CSI în monoterapie, dar este mai costisitor și rata exacerbărilor este similară. Pentru astmul alergic sezonier, începeți imediat cu CSI și opriți administrarea la 4 săptămâni după încetarea expunerii.

TREAPTA TERAPEUTICĂ 3: Doze mici CSI/BADLA, fie ca tratament de fond (întreținere) plus BADSA la nevoie, fie ca tratament de fond și de salvare în formula CSI/formoterol

La pacienții cu ≥ 1 exacerbare în ultimul an, doze mici de BDP/formoterol sau BUD/formoterol în regim de întreținere și la nevoie sunt mai eficiente decât regimul de întreținere cu CSI/BADLA și BADSA la nevoie.

Alte opțiuni: Doze medii de CSI; la pacienții adulți cu rinită și alergie la acarieni, cu exacerbări sub tratamentul cu CSI, luați în considerare adăugarea imunoterapiei sublinguale (SLIT), dacă FEV₁ este $> 70\%$ din valoarea prezisă.

Copii (6–11 ani): Doze medii de CSI. Alte opțiuni: doze mici de CSI/BADLA.

TREAPTA TERAPEUTICĂ 4: Doze mici de CSI/formoterol ca terapie de fond și la nevoie sau doze medii de CSI/BADLA ca terapie de fond plus BADSA la nevoie.

Alte opțiuni: Tiotropiu inhalator (pulbere fină) adjuvant pentru pacienții cu vârsta ≥ 12 ani și istoric de exacerbări; doze mari de CSI/BADLA, dar mai multe efecte secundare și puține beneficii suplimentare; medicație de fond suplimentară, ex. LTRA sau teofilină cu eliberare prelungită (adulți); la pacienții adulți cu rinită și alergie la acarieni, cu exacerbări sub tratament cu CSI, luați în considerare adăugarea SLIT, dacă FEV₁ este $> 70\%$ din valoarea prezisă.

Copii (6–11 ani): Trimiteți la medicul specialist pentru evaluare și consiliere.

TREAPTA TERAPEUTICĂ 5: Trimiteți la medicul specialist pentru investigații și tratament complementar

Tratamentele adjuvante includ tiotropiu inhalator cu pulbere fină la pacienți cu istoric de exacerbări (cu vârsta ≥ 12 ani), anti-IgE (omalizumab) pentru astm alergic sever ≥ 6 ani și anti-IL5 (mepolizumab sc sau reslizumab iv) pentru astm eozinofilic sever (cu vârsta ≥ 12 ani). Tratamentul ghidat în funcție de rezultatul examenului de spută, dacă este disponibil, îmbunătățește evoluția bolii.

Alte opțiuni: La unii pacienți, dozele mici de CSO se pot dovedi eficiente, dar acestea sunt însoțite de regulă de efecte secundare sistemice pe termen lung.

ANALIZAREA RĂSPUNSULUI ȘI AJUSTAREA TRATAMENTULUI

Cât de des se impune evaluarea pacienților cu astm?

Se recomandă ca pacienții să fie evaluați la 1–3 luni de la inițierea tratamentului, apoi la fiecare 3–12 luni, cu excepția femeilor însărcinate care ar trebui evaluate la fiecare 4–6 săptămâni. După o exacerbare, se va programa o consultație de evaluare în termen de 1 săptămână. Frecvența evaluărilor depinde de nivelul de control inițial obținut de către pacient, de răspunsul acestuia la tratamentul anterior și de capacitatea și disponibilitatea acestuia de a se implica în auto-management cu un plan de acțiune.

Escaladarea tratamentului în astm

Astmul este o afecțiune variabilă și poate necesita ajustarea periodică a tratamentului de fond de către clinician și/sau pacient.

- *Escaladare susținută (timp de cel puțin 2–3 luni):* dacă simptomele și/sau exacerbările persistă în pofida unui tratament de fond cu o durată de 2–3 luni, evaluați următoarele aspecte comune înainte de a trece la escaladarea tratamentului
 - tehnică inhalatorie incorectă
 - complianță scăzută
 - factori de risc modificabili, ex. fumatul
 - simptomele sunt cauzate de comorbidități, ex. rinita alergică
- *Escaladare pe termen scurt (timp de 1–2 săptămâni)* inițiată de către clinician sau de către pacient cu un plan de acțiune scris pentru astm (pag 22), ex. în timpul unei infecții virale sau expuneri la alergeni.
- *Ajustarea de la o zi la alta inițiată de către pacient* în cazul pacienților cărora li s-au prescris doze mici de beclometazonă/formoterol sau budesonidă/formoterol ca terapie de fond și la nevoie.

Dezescaladarea tratamentului când astmul este bine controlat

Se va lua în considerare dezescaladarea tratamentului odată ce s-a obținut un control bun al astmului și a fost menținut timp de 3 luni, pentru a identifica tratamentul minim optim care controlează atât simptomele, cât și exacerbările, diminuând totodată efectele secundare.

- Alegeți un moment potrivit pentru dezescaladarea tratamentului (pacientul/a nu are infecție respiratorie, nu călătorește, nu este însărcinată).
- Documentați statusul de bază al bolii (controlul simptomelor și funcția pulmonară), oferiți un plan de acțiune scris pentru astm, monitorizați atent și programați o vizită de monitorizare.
- Dezescalați tratamentul cu ajutorul recomandărilor disponibile pentru reducerea dozei de CSI cu 25–50% la intervale de 2–3 luni (consultați Diagrama 3-9 din Raportul integral GINA 2017 pentru detalii despre dezescaladarea diferitelor tratamente de fond)
- Nu opriți complet CSI la adulții și adolescenții diagnosticați cu astm decât dacă este necesară oprirea temporară pentru a confirma diagnosticul de astm. Asigurați-vă că ați stabilit o consultație de monitorizare.

TEHNICA DE INHALARE ȘI COMPLIANȚA

Învățați pacienții tehnicile de utilizare eficientă a inhalatoarelor

Majoritatea pacienților (până la 80%) nu utilizează corect inhalatorul. Acest lucru duce la un slab control al simptomelor și apariția exacerbărilor. Pentru a asigura utilizarea eficientă a inhalatorului:

- **Alegeți** un dispozitiv adecvat pentru pacient înainte de a-l prescrie: tineți cont de medicație, de problemele fizice, ex. artrită, de abilitățile pacientului și de cost; prescrieți un spacer pentru CSI administrat prin dispozitiv inhalator dozat presurizat.
- **Verificați** tehnica inhalatorie de fiecare dată când aveți ocazia. Rugați pacientul să vă arate cum utilizează inhalatorul. Verificați tehnica aplicată pe baza instrucțiunilor care însoțesc dispozitivul.
- **Corectați** eventualele erori oferindu-le pacienților o demonstrație pe loc, punând accent pe pașii efectuați incorect. Verificați din nou tehnica, de 2–3 ori, dacă este necesar.
- **Asigurați-vă** că aveți instrucțiuni de utilizare pentru fiecare inhalator pe care îl prescrieți și că puteți demonstra corect tehnica respectivă.

Informațiile despre dispozitive și tehnici de inhalare sunt disponibile pe pagina web GINA (www.ginasthma.org) și ADMIT (www.admit-inhalers.org).

Verificați și creșteți complianța la medicamentele antiastmatice

Aproximativ 50% din adulți și copii nu iau medicație de fond (de control) așa cum a fost prescrisă. Complianța redusă contribuie la un control slab,

nesatisfăcător al simptomelor și exacerbărilor. Complanța redusă poate fi involuntară (ex. uită să ia tratamentul, costul este prea mare, anumite neînțelegeri) și/sau neintenționată (ex. nu văd necesitatea de a lua tratamentul, teama de efecte secundare, probleme de ordin cultural, costuri).

Pentru a identifica pacienții cu probleme de complianță:

- Adresați o întrebare empatică, ex. „Majoritatea pacienților nu își iau tratamentul inhalator exact așa cum este prescris. În ultimele 4 săptămâni, de câte ori pe săptămână l-ați luat? În nici o zi, în una sau în două zile pe săptămână [etc.]?” sau „Când vi se pare mai ușor să vă amintiți de inhalator: dimineața sau seara?”
- Verificați utilizarea medicamentelor, de la data prescrierii, data/contorul dozelor de pe inhalator, documentele de eliberare a medicamentelor
- Adresați întrebări despre părerea și convingerile pacientului legate de astm și medicamente.

Doar câteva intervenții ce asigură complianța în astm au fost studiate cu atenție și acestea au îmbunătățit complianța în studiile efectuate pe cazuri reale.

- Luarea în comun a deciziilor privind tratamentul și alegerea dozelor.
- Marcarea dozelor omise la inhalare.
- Educație exhaustivă privind astmul, cu vizite la domiciliu ale asistenților medicali specializați în domeniu.
- Re-evaluarea de către clinicieni a feedback-ului privind rețetele eliberate pentru pacienți.
- Un program automat de recunoaștere a vocii cu mesaje pe telefon trimise în momentul în care este necesară reînnoirea rețetei sau faptul că a trecut termenul de reînnoire a rețetei.

TRATAREA FACTORILOR DE RISC MODIFICABILI

Riscul de exacerbări poate fi minimizat prin optimizarea schemei de tratament antiastmatic și prin identificarea și tratarea factorilor de risc modificabili. Iată câteva exemple de factori care modifică riscul și care și-au dovedit constant eficacitatea:

- **Auto-managementul ghidat:** auto-evaluarea simptomelor și/sau PEF, un plan de acțiune scris pentru astm (pag 22) și evaluarea medicală periodică;
- **Administrarea unei scheme de tratament care minimizează exacerbările:** prescrieți un tratament de fond cu CSI. Pentru pacienții cu una sau mai multe exacerbări în ultimul an, puteți opta pentru doze mici de CSI/formoterol în regim de tratament de control și la nevoie;
- **Evitarea expunerii la fumul de tutun;**
- **Alergia alimentară confirmată:** evitarea alimentelor în cauză; asigurarea disponibilității epinefrinei injectabile în caz de anafilaxie (șoc anafilactic);

- **Pentru pacienții cu astm sever:** trimitere către un centru de specialitate, dacă este disponibil, pentru a stabili un tratament complementar și/sau un tratament ghidat în funcție de rezultatul examenului de spută.

STRATEGII ȘI INTERVENȚII NON-FARMACOLOGICE

Pe lângă medicamente, pot fi luate în considerare și alte terapii și strategii, dacă sunt relevante, pentru a contribui la controlul simptomelor și la reducerea riscurilor. Iată câteva exemple care și-au dovedit constant buna eficacitate:

- **Consilierea pentru renunțarea la fumat:** la fiecare vizită, încurajați ferm fumătorii să renunțe la fumat. Oferiți acces la consiliere și la resurse. Oferiți consiliere părinților și îngrijitorilor pentru a elimina fumatul în camere/mașini folosite de copiii cu astm.
- **Exercițiile fizice:** încurajați pacienții cu astm să practice o activitate fizică constant datorită avantajelor generale pentru sănătate. Oferiți consiliere privind managementul bronhoconstricției induse de efort.
- **Astm profesional:** întrebați toți pacienții cu debut al astmului la vârsta adultă despre viața lor profesională. Identificați și eliminați factorii alergeni sensibilizanți din mediul profesional cât mai curând posibil. Trimiteți pacienții la consiliere de specialitate, dacă este disponibilă.
- **AINS, inclusiv aspirină:** înainte de a prescrie, întrebați întotdeauna pacientul dacă suferă de astm.

Deși alergenii pot intensifica simptomele astmatice la pacienții sensibilizați, nu este recomandată evitarea alergenilor ca strategie generală în astm.

Aceste strategii sunt deseori complexe și costisitoare și nu există metode valide de identificare a pacienților care pot beneficia de pe urma acestora.

Unii factori declanșatori obișnuiți ai astmului (ex. exercițiile fizice, râsul) **nu** ar trebui evitați, în timp ce alții (ex. infecțiile respiratorii virale, stresul) sunt greu de evitat și ar trebui gestionați atunci când apar.

TRATAMENTUL ÎN POPULAȚII SAU CONTEXTE SPECIALE

Sarcina: controlul astmului se schimbă deseori pe durata sarcinii. Pentru copil și mamă, avantajele tratării eficiente a astmului sunt considerabil mai mari decât orice potențiale riscuri ale medicamentelor uzuale de fond și de salvare. Diminuarea dozelor are o prioritate scăzută în sarcină. Exacerbările ar trebui tratate agresiv.

Rinita și sinuzita deseori coexistă cu astmul. Rino-sinuzita cronică este asociată cu astm sever. Tratamentul rinitei alergice sau a rino-sinuzitei cronice reduce simptomele nazale, dar nu îmbunătățește controlul astmului.

Obezitatea: pentru a evita supra-dozajul sau sub-dozajul, este necesară documentarea diagnosticului de astm la persoanele obeze. Astmul este dificil

de controlat la obezi. Scăderea în greutate ar trebui inclusă în planul de tratament pentru pacienții obezi cu astm; chiar și o pierdere în greutate de 5-10% poate îmbunătăți controlul astmului.

Vârstnicii: comorbiditățile și tratamentul acestora ar trebui luate în considerare și pot complica managementul astmului. Factori precum artrita, vederea, debitul inspirator și complexitatea schemelor de tratament, ar trebui luate în considerare când alegeți medicația și dispozitivele inhalatorii.

Refluxul gastroesofagian (BRGE) este des întâlnit în astm. Refluxul simptomatic ar trebui tratat pentru beneficiile asupra stării generale de sănătate, dar tratarea refluxului asimptomatic în astm nu aduce nici un beneficiu.

Anxietatea și depresia: sunt întâlnite frecvent la persoanele cu astm și sunt asociate cu agravarea simptomelor și a calității vieții. Pacienții ar trebui să fie ajutați să facă diferența între simptomele anxietății și ale astmului.

Boala respiratorie exacerbată de aspirină (AERD): un istoric de exacerbări în urma administrării de aspirină sau alte AINS este înalt sugestiv. Deseori, pacienții au astm sever și polipoză nazală. Confirmarea diagnosticului de AERD presupune un test într-un centru de specialitate cu facilități de resuscitare cardio-pulmonară, dar evitarea AINS poate fi recomandată pe baza unui istoric clar. CSI reprezintă pilonul principal al tratamentului, dar pot fi necesare și CSO; LTRA pot fi, de asemenea, utile. Desensibilizarea sub supravegherea specialistului este uneori eficientă.

Alergia alimentară și anafilaxia: alergiile alimentare este rareori un factor declanșator al simptomelor astmului. Se impune evaluarea acesteia prin teste realizate de un specialist. Alergiile alimentare confirmate reprezintă un factor de risc pentru decesul cauzat de astm. Un bun control al astmului este esențial; de asemenea, pacienții ar trebui să aibă un plan în caz de șoc anafilactic și să fie pregătiți și informați despre strategiile de evitare adecvate și folosirea de epinefrină injectabilă.

Intervențiile chirurgicale: ori de câte ori este posibil, un control bun al astmului ar trebui să fie obținut preoperator. Asigurați-vă că terapia de fond este menținută pe toată durata perioperatorie. La pacienții aflați sub tratament cu doze mari de CSI pe termen lung sau în tratament cu CSO pe durată de cel puțin două săptămâni în ultimele 6 luni, se recomandă administrarea de hidrocortizon intraoperator pentru a reduce riscul de criză suprarenaliană.

CRIZELE DE ASTM (EXACERBĂRILE)

O criză sau o exacerbare reprezintă o agravare acută sau subacută a simptomelor și a funcției pulmonare față de statusul normal de sănătate al pacientului; ocazional, poate fi modalitatea inițială de prezentare a astmului.

În discuțiile cu pacienții, se preferă termenul „criză”. Deseori se folosesc și termenii „episoade”, „atacuri” și „astm sever acut”, dar aceștia au semnificații diferite, în special pentru pacienți.

Managementul agravării astmului și exacerbărilor ar trebui văzut ca un continuum, de la auto-managementul pacientului cu plan de acțiune scris pentru astm, până la managementul simptomelor severe în unitățile de îngrijire medicală primară, secțiile de urgențe și în spital.

Identificarea pacienților care prezintă risc de deces din cauza astmului

Acești pacienți ar trebui identificați și programați pentru evaluări mai frecvente.

- Un istoric de astm aproape fatal care a necesitat intubație și ventilație.
- Spitalizare sau asistență în urgență în ultimele 12 luni.
- Nu folosesc CSI în mod constant sau au complianță scăzută la CSI.
- Folosesc în prezent sau au întrerupt recent CSO (indică gravitatea evenimentelor recente).
- Administrare excesivă de BADSA, în special mai mult de 1 flacon/lună.
- Lipsa unui plan de acțiune scris pentru astm.
- Boli psihiatrice sau probleme psiho-sociale în antecedente.
- Alergie alimentară confirmată la un pacient cu astm.

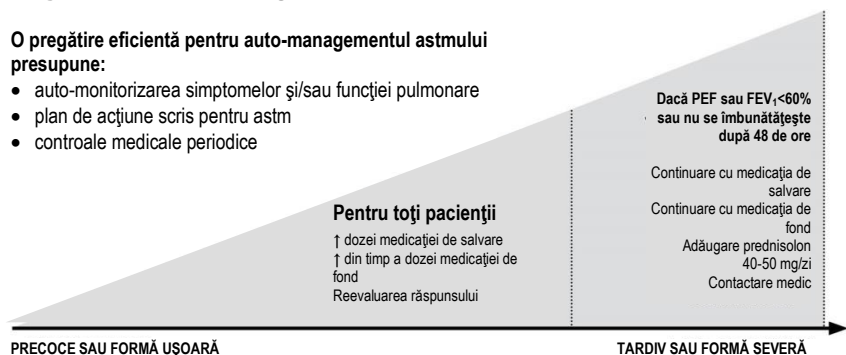
PLANURI DE ACȚIUNE SCRISE PENTRU ASTM

Toți pacienții ar trebui să primească un plan de acțiune scris pentru astm adecvat nivelului lor de control al astmului și educației lor medicale, astfel încât să poată recunoaște și să acționeze în caz de agravare a astmului.

Diagrama 9. Auto-management cu un plan de acțiune scris

O pregătire eficientă pentru auto-managementul astmului presupune:

- auto-monitorizarea simptomelor și/sau funcției pulmonare
- plan de acțiune scris pentru astm
- controale medicale periodice



Planul de acțiune scris pentru astm trebuie să cuprindă:

- tratamentul antiastmatic obișnuit al pacientului
- când și cum să mărească dozele de medicație sau să inițieze CSO

- cum să acceseze serviciile medicale în cazul în care simptomele nu răspund la tratament

Planul de acțiune se poate baza pe simptome și/sau (la adulți) pe măsurarea PEF. Pacienții a căror stare de sănătate se agravează rapid trebuie sfătuiți să apeleze la o unitate medicală de îngrijiri de urgență sau să programeze imediat o consultație la medicul curant.

Modificări ale tratamentului pentru planul de acțiune scris pentru astm (a se vedea Diagrama GINA 4-2)

Creșterea frecvenței medicației de salvare (BADSA sau doze mici de CSI/formoterol în schema de întreținere și de salvare); se adaugă un spacer pentru pMDI.

Creșterea dozelor medicației de fond: Creșterea rapidă a componentei CSI până la maxim 2.000 mcg echivalent beclometazonă. Opțiunile depind de medicația de fond uzuală, după cum urmează:

- *CSI:* cel puțin dublarea dozei, luând în considerare creșterea la doze mari.
- *CSI/formoterol de fond:* administrarea unei doze cvadruple de fond de CSI/formoterol (pana la doza maximă de 72 mcg/zi de formoterol).
- *CSI/salmeterol de fond:* escaladați cel puțin la un dozaj superior formulei de baza; luați în considerare adăugarea unui CSI inhalator separat pentru a atinge doze mari de CSI.
- *CSI/formoterol de fond și de calmare:* continuați doza de fond; creșteți doza de CSI/formoterol la nevoie (maxim 72 mcg/zi de formoterol).

Corticosteroizi orali (de preferat administrarea matinală a dozei):

- Adulți - prednisolon 1mg/kg/zi până la 50mg, de regulă timp de 5–7 zile.
- La copii, 1–2 mg/kg/zi până la 40mg, de regulă timp de 3–5 zile.
- Nu este necesară scăderea progresivă a dozelor CSO dacă tratamentul a fost administrat pentru mai puțin de 2 săptămâni.

MANAGEMENTUL EXACERBĂRILOR ÎN UNITĂȚI DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ PRIMARĂ SAU DE URGENȚĂ

Evaluați severitatea exacerbării și inițiați tratamentul cu BADSA și oxigen. Evaluați dispneea (ex. pacientul poate rosti fraze întregi sau doar cuvinte izolate), frecvența respirației, pulsul, saturația în oxigen și funcția pulmonară (ex. PEF). Verificați probabilitatea anafilaxiei.

Luati în considerare cauze alternative ale dispneei acute (ex. insuficiență cardiacă, disfuncție a căilor respiratorii superioare, inhalare de corpi străini sau tromboembolism pulmonar).

Organizați transferul imediat la o unitate de îngrijiri medicale de urgență dacă există semne de exacerbare severă sau la terapie intensivă dacă pacientul este somnolent, confuz sau are „torace silențios” (silențiu)

auscultator). La acești pacienți, administrați imediat BADSA inhalator, bromură de ipratropiu inhalator, oxigen și corticosteroizi sistemici.

Inițiați tratamentul cu doze repetate de BADSA (de regulă prin pMDI și spacer), corticosteroizi orali precoce și oxigenoterapie în flux controlat, dacă este disponibilă. Verificați frecvent răspunsul la tratament al simptomelor și saturația în oxigen, și măsurați funcția pulmonară după 1 oră. Titrați oxigenul astfel încât să mențineți saturația la 93–95% la adulți și adolescenți (94–98% la copii de 6–12 ani).

În caz de exacerbări severe, adăugați bromură de ipratropiu și luați în considerare administrarea de BADSA prin nebulizator. În unitățile medicale de îngrijiri de urgență, se poate administra sulfat de magneziu intravenos dacă pacientul nu răspunde la tratamentul inițial intensiv.

Nu efectuați de rutină radiografie pulmonară sau analiza gazelor sangvine și nu prescrieți antibiotice pentru exacerbările de astm.

EVALUAREA RĂSPUNSULUI

Monitorizați atent și frecvent pacienții în timpul tratamentului și titrați tratamentul în funcție de răspuns. Transferați pacientul la o secție medicală de specialitate dacă starea se agravează sau nu răspunde la tratament.

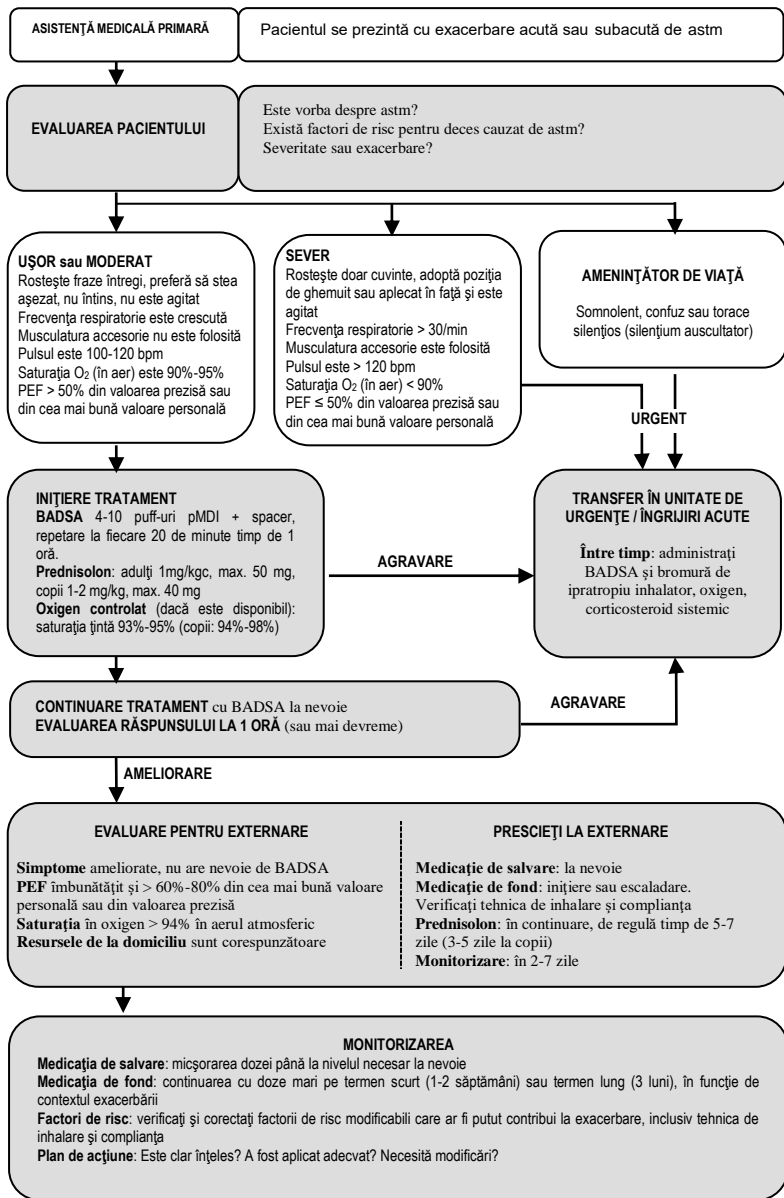
Decideți necesitatea spitalizării în funcție de tabloul clinic, simptome și funcția pulmonară, răspunsul la tratament, istoric recent sau anterior de exacerbări și capacitatea de auto-evaluare și management la domiciliu.

Înainte de externare, stabiliți tratamentul de urmat în continuare. La majoritatea pacienților, prescrieți terapie de fond continuă (sau măriți dozele actuale) pentru a reduce riscul de exacerbări viitoare. Continuați cu dozele crescute de terapie de fond timp de 2–4 săptămâni și scădeți dozele medicației de salvare, rămânând doar la nevoie. Verificați tehnica inhalatorie și complianța pacientului. Oferiți pacientului un plan provizoriu de acțiune scris pentru astm.

Programați vizite de monitorizare imediată după orice exacerbare, în termen de 2–7 zile.

Luați în considerare trimiterea către consiliere de specialitate în cazul pacienților care au fost internați în spital pentru astm sau care au avut prezentări repetate, de urgență, la camera de gardă.

Diagrama 10. Managementul exacerbărilor de astm în unități de îngrijiri medicale primare



O₂: oxigen; PEF: debit expirator de vârf; BADSA: beta₂-agonist cu durată scurtă de acțiune (dozele sunt pentru salbutamol)

MONITORIZAREA DUPĂ O EXACERBARE

Exacerbările reprezintă adesea eșecuri în îngrijirea astmului cronic și oferă ocazia de a analiza managementul astmului pacientului. **Toți pacienții trebuie monitorizați periodic de către un medic până când simptomele și funcția pulmonară revin la normal.**

Profitați de ocazie pentru a analiza:

- Cât de bine înțelege pacientul cauza exacerbării
- Factorii de risc modificabili pentru exacerbări, ex. fumatul
- Dacă sunt înțelese scopul tratamentului și tehnicile de inhalare
- Analizați și revizuiți planul de acțiune scris pentru astm

Discutați despre administrarea medicamentelor, deoarece complianța la CSI și CSO poate scădea la 50% într-o săptămână de la externare.

Programe cât mai cuprinzătoare în perioada imediată externării pacientului, care să includă un management optim al tratamentului de fond, tehnici de inhalare, auto-monitorizare (auto-evaluare), plan de acțiune scris pentru astm și evaluări periodice, sunt rezonabile din perspectiva cost-eficiență și sunt corelate cu îmbunătățiri semnificative ale evoluției astmului.

Trimiterea către un medic de specialitate ar trebui să fie luată în considerare în cazul pacienților care au fost spitalizați pentru astm sau care se prezintă din nou pentru îngrijiri medicale de urgență a astmului.

GLOSARUL CLASELOR DE MEDICAMENTE ÎN ASTM

Pentru detalii suplimentare, consultați Raportul integral GINA 2017 și Anexa (www.ginasthma.org) și informațiile despre produse de la producători.

Medicamente	Acțiune și mod de administrare	Efecte secundare
MEDICAȚIA DE FOND (DE CONTROL)		
Corticoizi inhalatori (CSI) (pMDI sau DPI) ex. beclometazonă, budesonida, ciclesonida, propionat de fluticazonă, furoat de fluticazonă, mometazonă, triamcinolona	Cel mai eficient tratament antiinflamator în astmul persistent. CSI reduce simptomele, îmbunătățește funcția pulmonară și calitatea vieții, reduce riscul de exacerbări și spitalizări sau deces cauzate de astm. CSI diferă ca potență și biodisponibilitate, dar cele mai mari beneficii se observă la doze mici (a se vedea Diagrama 8 (pag 8) cu doze mici, medii și mari ale diferitelor CSI).	Majoritatea pacienților care folosesc CSI nu resimt efecte secundare. Candidoza orofaringiană și disfonia pot fi efecte secundare locale. Folosirea unui spacer pentru pMDI, clătirea cu apă și scuipatul după inhalare, reduc efectele secundare locale. Dozele mari cresc riscul de efecte secundare sistemice.
Combinatii de CSI și bronhodilatator beta₂ agonist cu durată lungă de acțiune (CSI/BADLA)	Dacă un CSI în doze medii nu reușește să controleze astmul, adăugarea unui BADLA la CSI ameliorează simptomele, funcția pulmonară și reduce exacerbările în cazul	Componenta BADLA poate fi asociată cu tahicardie, cefalee sau crampe. Recomandările actuale

Medicamente	Acțiune și mod de administrare	Efecte secundare
(pMDI sau DPI) ex. beclometazonă/formoterol, budesonidă/formoterol, furoat de fluticazonă/vilanterol, propionat de fluticazonă/formoterol, propionat de fluticazonă/salmeterol și mometazonă/formoterol.	mai multor pacienți, mai rapid decât dublarea dozelor de CSI. Sunt disponibile două scheme: terapie de fond cu CSI/BADLA plus un BADSA la nevoie și terapie de fond și la nevoie cu o combinație în doze mici de beclometazonă sau budesonidă cu formoterol.	arată că BADLA și CSI sunt sigure pentru astm dacă se folosesc în combinație. BADLA nu ar trebui folosit fără CSI în astm din cauza riscului crescut de efecte secundare severe.
Antileucotriene (tablete), ex. montelukast, pranlukast, zafirlukast, zileuton	Vizează una din căile inflamatorii din astm. Folosite ca opțiuni pentru tratamentul de fond, mai ales la copii. Folosite în monoterapie: nu sunt atât de eficiente ca dozele mici de CSI; adăugate la CSI: mai puțin eficiente decât CSI/BADLA.	Câteva efecte secundare, observate în studiile cu placebo, cu excepția valorilor ridicate ale testelor hepatice pentru zileuton și zafirlukast.
Cromone (pMDI sau DPI), ex. cromoglicat de sodiu și nedocromil sodic	Rol foarte limitat în tratamentul astmului pe termen lung. Efect antiinflamator slab, nu atât de eficient ca dozele mici de CSI. Necesită o întreținere meticuloasă a inhalatorului.	Efectele secundare sunt rare, dar includ tuse la inhalare și disconfort faringian.
Anticolinergice cu durată lungă de acțiune (tiotropiu)	Opțiune adjuvantă la treapta terapeutică 4 sau 5, prin inhalator cu pulverizare fină, pentru pacienți ≥ 12 ani cu istoric de exacerbări în pofida administrării de CSI + BADLA	Efectele secundare sunt rare, dar pot include uscăciunea gurii.
Anti-IgE (omalizumab sc)	Opțiune adjuvantă la pacienții ≥ 6 ani cu astm alergic sever, necontrolat cu treaptă terapeutică 4 (doze mari de CSI/BADLA).	Reacții la locul injectării frecvente, dar minore. Rar anafilaxie.
Anti-IL5 (mepolizumab sc, reslizumab iv)	Opțiune adjuvantă la pacienții ≥ 12 ani cu astm eozinofilic sever, necontrolat cu treaptă terapeutică 4 (doze mari de CSI/BADLA)	Cefaleea și reacțiile la locul injectării sunt frecvente, dar minore.
Corticosteroizi sistemici (tablete, suspensie sau injecție intramusculară (im) sau intravenoasă (iv)) ex. prednison, prednisolon, metilprednisolon, hidrocotizon	Tratamentul pe termen scurt (de regulă, 5–7 zile la adulți) este esențial în tratarea exacerbărilor acute severe, efectele principale fiind observate la 4–6 ore. Tratamentul cu corticosteroizi orali (CSO) este de elecție și este la fel de eficient ca tratamentul im sau iv în prevenirea recăderilor. Se impune scăderea progresivă a dozelor dacă tratamentul este administrat mai mult de 2 săptămâni. Tratamentul pe termen lung cu CSO poate fi necesar la unii pacienți cu astm sever, dar trebuie luate în considerare efectele secundare.	Administrare pe termen scurt: unele efecte secundare, ex. tulburări de somn, reflux, creșterea apetitului, hiperglicemie, tulburări de dispoziție. Administrare pe termen lung: limitată de riscul efectelor secundare sistemice semnificative ex. cataractă, glaucom, osteoporoză, supresie suprarenală. Riscul de osteoporoză trebuie evaluat și tratat adecvat.

Medicamente	Acțiune și mod de administrare	Efecte secundare
MEDICAȚIA LA NEVOIE		
Bronhodilatatoare inhalatorii beta₂-agoniste cu durată scurtă de acțiune (BADSA) (pMDI, DPI și, rar, soluție pentru nebulizare sau injectare) ex. salbutamol (albuterol), terbutalina.	BADSA inhalatorii sunt medicamente de elecție pentru calmarea rapidă, la nevoie, a simptomelor astmatice și a bronhoconstricției inclusiv în exacerbări acute și în pre-tratamentul bronhoconstricției induse de efort. BADSA ar trebui administrate doar la nevoie, în cea mai mică doză și cu frecvența necesară.	Tremorul și tahicardia sunt deseori observate la prima administrare de BADSA, dar de obicei se dezvoltă rapid o toleranță față de aceste efecte adverse. Utilizarea în exces sau un răspuns slab indică un control slab al astmului.
Doze mici de CSI/formoterol (beclometazonă/formoterol sau budesonidă/formoterol)	Este medicația la nevoie pentru pacienții cărora li s-a prescris un tratament de fond și la nevoie. Reduce riscul de exacerbări în comparație cu administrarea de BADSA la nevoie, cu control similar al simptomelor.	La fel ca mai sus pentru CSI/BADLA
Anticolinergice cu durată scurtă de acțiune (pMDI sau DPI) ex. bromură de ipratropiu, bromură de oxitropiu	Administrare pe termen lung: ipratropiu este o medicație la nevoie mai puțin eficientă decât BADSA. Administrat pe termen scurt în astmul acut: ipratropiu inhalator adăugat la BADSA reduce riscul de spitalizări.	Uscăciunea gurii sau gust amar.

Abrevieri folosite în acest ghid de buzunar

BDP	Dipropionat de beclometazonă	AMDLA (Antagonist muscarinic cu durată lungă de acțiune)
BUD	Budesonida	n.a. nu se aplică
DPI	Inhalator cu pulbere uscată	O ₂ Oxigen
FEV ₁	Volumul expirator maxim pe secundă	CSO Corticosteroizi orali
FVC	Capacitate vitală forțată	PEF Debit expirator de vârf
ACR	Acarieni	pMDI Inhalator presurizat dozat (cu doza măsurată)
CSI	Corticosteroizi inhalatori	BADSA Beta ₂ -agoniști cu durată scurtă de acțiune
iv	Intravenos	sc Subcutanat
BADLA	Beta ₂ -agoniști cu durată lungă de acțiune	SLIT Imunoterapie sublinguală

MULȚUMIRI

Activitățile organizației "Global Initiative of Asthma" sunt susținute de eforturile membrilor Comitetului Director și Comitetelor GINA (menționate mai jos). Membrii comitetelor GINA sunt singurii responsabili de afirmațiile și recomandările prezentate în acest document și în alte publicații GINA.

Comitetul Director GINA (2016)

Søren Pedersen, Danemarca, *Președinte*; Eric Bateman, Africa de Sud; Louis-Philippe Boulet*, Canada; Alvaro Cruz*, Brazilia; J Mark FitzGerald, Canada; Hiromasa Inoue,

Japonia; Mark Levy*, Marea Britanie; Jiangtao Lin, China; Paul O'Byrne, Canada; Helen Reddel, Australia; Stanley Szeffler, SUA; Arzu Yorgancioglu, Turcia.

Director de Programe GINA: Rebecca Decker, SUA

Comitetul Științific GINA (2016)

Helen Reddel, Australia, *Președinte*; Leonard Bacharier, SUA; Eric Bateman, Africa de Sud.; Allan Becker, Canada; Roland Buhl, Germania; Johan de Jongste, Olanda; J. Mark FitzGerald, Canada; Hiromasa Inoue, Japonia; Fanny Wai-san Ko, Hong Kong; Jerry Krishnan, SUA; Paul O'Byrne, Canada; Søren Pedersen, Danemarca; Emilio Pizzichini, Brazilia; Stanley J. Szeffler, SUA.

Comitetul de Diseminare și Implementare GINA (2015)

Louis-Philippe Boulet, Canada, *Președinte*; alți membri marcați cu un asterisc (*) mai sus.

Adunarea Generală GINA

Adunarea Generală GINA include membri din 45 de țări. Numele lor sunt prezentate pe pagina web GINA, www.ginasthma.org.

PUBLICAȚII GINA

- **Strategia Globală pentru Managementul și Prevenirea Astmului** (actualizată în 2017). Acest raport prezintă o abordare integrată a astmului care poate fi adaptată unei game variate de sisteme de sănătate. Raportul a fost revizuit pe larg în 2014 și a fost actualizat anual până în prezent. Raportul are un format ușor de folosit, cu multe tabele și diagrame care sintetizează aspecte practice utile în activitatea clinică.
- **Anexa On-line GINA** (actualizată în 2017). Informații detaliate care vin în sprijinul Raportului principal GINA.
- **Ghid de buzunar pentru managementul și prevenirea astmului la adulți și copii peste 5 ani** (actualizat în 2017). Rezumat pentru furnizorii de asistență medicală primară; se recomandă utilizarea lui împreună cu raportul principal GINA.
- **Ghid de buzunar pentru managementul și prevenirea astmului la copii de 5 ani și mai mici** (actualizat în 2017). Un rezumat de informații privind îngrijirea pacienților preșcolari cu astm sau wheezing, se recomandă utilizarea lui împreună cu raportul principal GINA 2017.
- **Diagnosticarea suprapunerii astm-BPOC** (actualizat în 2017). Acesta este un volum de sine stătător al capitolului corespunzător din raportul principal GINA. Este publicat de GINA în colaborare cu GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, www.goldcopd.org).
- **Instrumente de implementare și elemente ajutătoare pentru practica clinică** vor fi disponibile pe pagina web GINA.

Publicațiile GINA și alte resurse sunt disponibile pe www.ginasthma.org