



Sociedade
Portuguesa
Alergologia
Imunologia
Clínica

Manual Educativo do Doente

Outros títulos disponíveis:

Alergénios domésticos
Alergénios – ambiente exterior
Alergénios e aditivos alimentares
Agentes etiológicos
da asma ocupacional
Alergia alimentar
Alergia ao látex
Alergia a fármacos
Alergia a venenos
de himenópteros
Prevenção da alergia
no recém-nascido
Anafilaxia
Imunoterapia
Asma brônquica
Asma ocupacional
Asma e gravidez
Asma na criança
Asma induzida pelo exercício
Infecções recorrentes
Rinite
Tosse
Urticária
Eczema atópico
Dermatite de contacto alérgica



Responsabilidade
e apoio científico:



Sociedade
Portuguesa
Alergologia
Imunologia
Clínica

Também disponível
em formato electrónico
em www.spaic.pt

Parceria



Schering-Plough

Coordenador:
Dr. Celso Pereira

Autores:

Dra. Alice Coimbra
Dra. Amélia Spínola Santos
Dra. Anabela Lopes Pregal
Dra. Ângela Gaspar
Dra. Beatriz Tavares
Dr. Celso Pereira
Dra. Cristina Santa Marta
Dra. Elisa Pedro
Dra. Emília Faria
Dra. Fátima Ferreira Jordão
Dra. Francisca Carvalho
Dra. Isabel Carrapatoso
Dr. José Luís Plácido
Dra. Leonor Cunha
Prof. Manuel Branco Ferreira
Dr. Mário Miranda
Dr. Mário Morais de Almeida
Dra. Paula Alendouro
Dra. Paula Leiria Pinto

Sibilância e asma no lactente

A sibilância ou pieira, manifestação de episódios de dificuldade respiratória das vias aéreas inferiores, é uma situação muito frequente nos primeiros anos de vida da criança. Estima-se que cerca de 50% dos lactentes têm pelo menos um episódio de dificuldade respiratória, geralmente identificado como “bronquiolite”. Uma percentagem inferior refere vários destes episódios, por vezes de considerável gravidade, que se repetem ao longo da primeira infância, embora a maioria dos casos fique sem sintomas até ao início da idade escolar. No entanto a maioria dos asmáticos graves inicia os seus sintomas nos primeiros anos de vida. Pode ser asma a sibilância recorrente?

Asma no lactente

Considerou-se que uma criança que repete episódios de sibilância, 3 ou mais vezes nos 2 primeiros anos de vida, poderia ser considerada como asmática. A implicação óbvia relaciona-se com o facto de se poder iniciar um tratamento de prevenção, para além do simples controlo dos sintomas durante as crises.

Vários investigadores têm reflectido sobre esta problemática, considerando-se actualmente que será muito importante conhecer, para além dos sintomas, os seus factores de agravamento e de alívio:

- A história familiar de asma e doenças alérgicas nos familiares directos;
- A existência de outras doenças alérgicas na criança, como eczema e rinite;
- O ambiente social e familiar da criança, valorizando aspectos como a frequência do infantário, a exposição a alérgenos ou a factores irritantes como ao tabaco;

- A existência de sensibilizações alérgicas na criança, cujo processo pode iniciar-se ainda no útero materno.

Na posse destes dados, podemos prever com uma razoável precisão, qual será a evolução mais provável da criança sibilante e qual a melhor abordagem para melhorar a sua qualidade de vida. Muitas vezes têm que ser afastadas várias outras doenças que têm prognóstico bem mais desfavorável.

Assim, o risco de asma no lactente sibilante com pais alérgicos, especialmente se têm asma, pode ser superior aos 40%. Se a criança também expressar outra doença alérgica (ex. eczema atópico, rinite alérgica ou alergia alimentar), a percentagem de risco pode ultrapassar os 60%. Se, simultaneamente for identificada uma sensibilização alérgica (por testes cutâneos ou análises sanguíneas), a probabilidade da criança ter asma pode ultrapassar os 80%.

Factores de risco

Entre os principais factores que predis põem ao aparecimento de asma no lactente, para além da genética, realça-se a sensibilização alérgica, relacionada com uma maior permanência no interior das habitações, menos ventilada, com maior carga de alérgenos (ácaros, animais de companhia, insectos,...), alteração da resposta imunitária, pela diminuição das infecções bacterianas ou modificação da flora intestinal (dieta, uso excessivo de antibióticos,...), e a alteração de mecanismos de defesa pulmonar, como acontece com a exposição ao fumo do tabaco, tão frequente no nosso país, bem como na menor prática de exercício físico.

Diagnóstico precoce

A colocação de um correcto diagnóstico, baseado na avaliação clínica efectuada por um especialista com prática na abordagem

deste grupo etário, tem implicações no início de um programa preventivo, com evicção alérgica precoce e evitar exposição ao tabaco, entre outras alterações de estilos de vida da família. Mas de facto, pode não ser asma...

Diagnóstico diferencial

Entre as principais causas de sibilos nas crianças estão, para além da asma, o refluxo gastroesofágico, fibrose quística, mal-formações respiratórias, digestivas e cardiológicas, insuficiência cardíaca, displasia broncopulmonar e infecções respiratórias recorrentes, especialmente provocadas por vírus. Estes últimos agentes, na ausência dos factores de risco referidos, relacionam-se com muito bom prognóstico, habitualmente desaparecendo as queixas até ao início da idade escolar.

Particularidades terapêuticas

Diagnosticado um quadro de asma alérgica na criança com menos de 2 anos, ou sendo muito provável a sua ocorrência, o tratamento da criança não se afasta muito da abordagem da asma em idade escolar:

- recomendar a evicção alérgica e proibir a exposição ao fumo do tabaco;
- indicar fármacos broncodilatadores para o controlo de sintomas agudos, idealmente inalados, por vezes com associação de um anti-inflamatório oral (corticóide), durante 3 a 5 dias;
- se as crises são frequentes e/ou intensas, dever-se-á acrescentar uma terapêutica de controlo anti-inflamatória, sobretudo se ocorrerem no Outono/Inverno, em que a probabilidade de novos episódios é maior. Nestes casos, a primeira escolha será um corticosteróide inalado, um antileucotrieno ou uma teofilina oral durante seis a oito semanas;

- Se os sintomas persistem, outros esquemas terapêuticos poderão ser considerados

Nos casos em que a alergia é pouco provável, o mesmo tratamento preventivo poderá ser tentado, embora com resultados que podem ser decepcionantes.

Se existir resposta ao tratamento, este deve ser mantido durante três a seis meses, reduzindo-se depois as doses dos fármacos até à sua interrupção total. Se os sintomas voltarem, devem-se manter os medicamentos por mais três a seis meses. No caso de se verificar história acentuada de alergia pessoal ou familiar, a opção poderá passar por se manter uma terapêutica mínima por longos períodos, efectuando uma avaliação clínica regular.

Em casos de falta de resposta e, em particular, nos casos em que a alergia é questionável ou com pouca expressão, é necessário considerar outras doenças e entretanto instituir apenas tratamento sintomático.

Deve ser sempre lembrado que a falta de resposta ao tratamento se pode dever a um diagnóstico incorrecto (devendo insistir no diagnóstico diferencial), a uma terapêutica por períodos curtos, a um método de inalação deficiente ou a um receio infundado dos pais em efectuar a medicação de controlo.

A avaliação da gravidade na asma do lactente é essencialmente feita com base na quantidade de sintomas, sendo claro que é necessário ter em conta que a informação, para além da observação da criança, é sempre recebida dos pais e não das crianças, podendo levar a interpretações erradas. Fale com o seu especialista e siga as suas recomendações.

Esclareça-se e contribua para aumentar a qualidade de vida do seu bebé.

Ele não quer ter pieira, nem se sente feliz por a ter...