

O Projecto ARIA é patrocinado por:



A tradução, impressão e distribuição deste GUIA DE BOLSO é da responsabilidade da
SOCIEDADE PORTUGUESA DE ALERGOLOGIA E IMUNOLOGIA CLÍNICA

A RINITE ALÉRGICA E O SEU IMPACTO NA ASMA



GUIA DE BOLSO

Para Médicos e Enfermeiros
2001

BASEADO NO RELATÓRIO DO WORKSHOP SOBRE A RINITE ALÉRGICA E O SEU IMPACTO NA ASMA
Em colaboração com a Organização Mundial de Saúde



A RINITE ALÉRGICA E O SEU IMPACTO NA ASMA

ALLERGIC RHINITIS AND ITS IMPACT ON ASTHMA INITIATIVE

MEMBROS DO PAINEL DE ESPECIALISTAS DO *WORKSHOP*

Jean Bousquet, Presidência
Paul van Cauwenberge, Vice-Presidência

Nikolai Khaltaev

Nadia Aït-Khaled ● Isabella Annesi-Maesano ● Claus Bachert ● Carlos Baena-Cagnani
Eric Bateman ● Sergio Bonini ● Giorgio Walter Canonica ● Kai-Håkon Carlsen ● Pascal Demoly
Stephen R. Durham ● Donald Enarson ● Wytske J. Fokkens ● Roy Gerth van Wijk ● Peter Howarth
Nathalia A. Ivanova ● James P. Kemp ● Jean-Michel Klossek ● Richard F. Lockey
Valerie Lund ● Ian Mackay ● Hans-Jörgen Malling ● Eli O. Meltzer ● Niels Mygind ● Minoru Okuda
Ruby Pawankar ● David Price ● Glenis K. Scadding ● F. Estelle R. Simons ● Andrzej Szczeklik
Erkka Valovirta ● Antonio M. Vignola ● De-Yun Wang ● John O. Warner ● Kevin B. Weiss



ÍNDICE

PREFÁCIO	3
RECOMENDAÇÕES	4
DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO	5
FACTORES DESENCADEANTES DA RINITE ALÉRGICA	6
MECANISMOS DA RINITE ALÉRGICA	7
DOENÇAS ASSOCIADAS	8
Asma	8
Outras	8
SINTOMAS DA RINITE ALÉRGICA	9
O DIAGNÓSTICO DE RINITE ALÉRGICA	10
GESTÃO DA DOENÇA	11
As recomendações são feitas com base em provas	12
SELECÇÃO DE MEDICAMENTOS	13
Tratamento farmacológico	14
Glossário dos medicamentos	15
CONSIDERAR IMUNOTERAPIA	17
ABORDAGEM TERAPÊUTICA EM DÉGRAUS (adolescentes e adultos)	18
TRATAMENTO DA ASMA E RINITE CONCOMITANTES	19
ASPECTOS PEDIÁTRICOS	20
CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS	21
Grávidas	21
Idosos	21
LINHAS DE ORIENTAÇÃO ADAPTADAS PARA PAÍSES EM VIAS DE DESENVOLVIMENTO	22
LINHAS DE ORIENTAÇÃO ADAPTADAS PARA USO LOCAL	23

PREFÁCIO

- A rinite alérgica **define-se clinicamente** como uma doença nasal sintomática, induzida por exposição a alérgenos, e caracterizada por uma inflamação mediada pela IgE das membranas mucosas do nariz.
- A rinite alérgica é um **problema de saúde global**. É uma doença frequente em todo o mundo que afecta pelo menos 10 a 25% da população e com crescente prevalência. Embora a rinite alérgica não seja habitualmente uma doença grave, ela interfere na vida social dos doentes e afecta o rendimento escolar e a produtividade no trabalho. Para além disto, os custos imputáveis à rinite são substanciais.
- **A asma e a rinite** estão muitas vezes associadas, o que sugere o conceito - “uma via aérea, uma doença”.
- Os novos conhecimentos acerca dos mecanismos subjacentes à inflamação alérgica das vias aéreas possibilitaram melhorar as estratégias terapêuticas. Estudaram-se e validaram-se também novos esquemas, doses e vias de administração.
- Até ao momento presente já foram publicados vários documentos com linhas de orientação para o diagnóstico e tratamento da rinite alérgica. Contudo, não foram elaborados com base em provas clínico-científicas submetidas a avaliação formal com o objectivo de fundamentar estas orientações; por outro lado, não consideraram as recomendações respeitantes a patologias associadas.
- O projecto *ARIA* (Rinite Alérgica e o seu Impacto na Asma) foi desenvolvido em colaboração com a Organização Mundial da Saúde (OMS). O documento pretende ser um guia de bolso actualizado tanto para o especialista como para o clínico geral. Os seus objectivos são:
 - Actualizar o conhecimento dos médicos acerca da rinite alérgica
 - Chamar a atenção para o impacto da rinite na asma
 - Proporcionar uma abordagem ao diagnóstico baseado em provas (“evidence-based”)
 - Proporcionar uma abordagem ao tratamento baseado em provas (“evidence-based”)
 - Fazer uma abordagem por degraus à gestão da doença.



RECOMENDAÇÕES

- 1 - A rinite alérgica deve ser classificada como doença respiratória crónica *major* devido à sua:
 - elevada prevalência
 - repercussão na qualidade de vida
 - repercussão no desempenho profissional/escolar e na produtividade
 - sobrecarga económica
 - associação frequente com a asma
 - associação com sinusite e outras patologias concomitantes, como a conjuntivite.
- 2 - Juntamente com outros factores de risco conhecidos, a rinite alérgica deve ser considerada um factor de risco para a asma.
- 3 - Uma nova subdivisão da rinite alérgica foi efectuada:
 - intermitente
 - persistente
- 4 - A gravidade da rinite alérgica é classificada como “ligeira” ou “moderada/grave” dependendo da gravidade dos sintomas e repercussão na qualidade de vida.
- 5 - Em função da gravidade e da nova subdivisão da rinite alérgica, define-se uma estratégia terapêutica em degraus .
- 6 - O tratamento da rinite alérgica deve combinar:
 - evicção alérgica (quando possível)
 - farmacoterapia
 - imunoterapia
- 7 - Os factores ambientais e sociais devem ser optimizados com o objectivo de permitir ao doente a manutenção de uma vida normal
- 8 - Nos doentes com rinite alérgica persistente deve-se avaliar a existência de asma através da história clínica, exame objectivo e, se possível, determinação da função respiratória antes e após utilização de um broncodilatador.
- 9 - Nos doentes com asma deve-se investigar a existência de rinite através da história clínica e do exame físico.
- 10 - A adopção de uma estratégia terapêutica combinada é a atitude mais correcta, em termos de eficácia e segurança, quando coexistem doenças das vias aéreas superiores e inferiores.
- 11 - Nos países em vias de desenvolvimento, pode ser necessário implementar uma estratégia específica em função da disponibilidade e custo dos tratamentos e intervenções.

CLASSIFICAÇÃO DA RINITE ALÉRGICA

■ **A rinite alérgica** define-se clinicamente como uma doença nasal sintomática, determinada por um processo inflamatório mediado pela IgE após exposição da mucosa nasal a um ou mais alérgenos.

■ Os sintomas da rinite alérgica incluem:

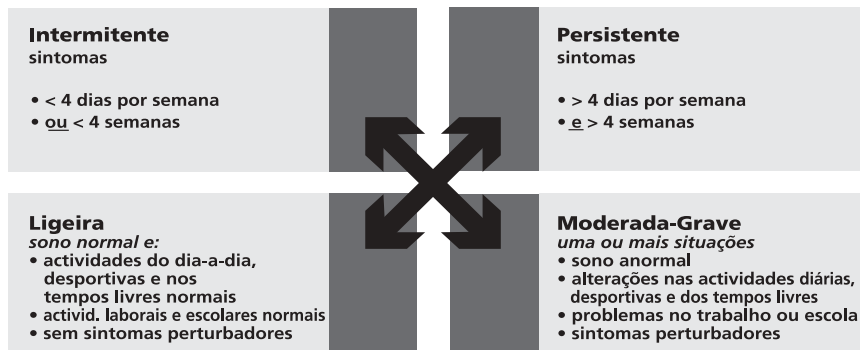
- rinorreia
 - obstrução nasal
 - prurido nasal
 - espirros
- que são reversíveis espontaneamente ou com tratamento

■ A rinite alérgica foi anteriormente subdividida, com base no período de exposição, em sazonal, perene e ocupacional. Esta divisão não é inteiramente satisfatória.

■ A nova classificação da rinite alérgica:

- usa sintomas e parâmetros de qualidade de vida
- é baseada na duração dos períodos sintomáticos, sendo subdividida em doença "intermitente" ou "persistente"
- é baseada na gravidade, sendo subdividida em "ligeira" ou "moderada - grave", dependendo dos sintomas e da qualidade de vida

Figura 1: Classificação da rinite alérgica



FACTORES DESENCADEANTES DA RINITE ALÉRGICA

Alergénios

- Os **aeroalergénios** estão frequentemente implicados na rinite alérgica.
 - O aumento dos alergénios domésticos é, em parte, responsável pelo aumento da prevalência de rinite, asma e alergias
 - Os alergénios presentes no ambiente doméstico são principalmente originários dos ácaros, animais domésticos, insectos ou plantas de interior.
 - Os alergénios do ambiente exterior mais comuns são os pólenes e os fungos.
- A **rinite ocupacional** está menos bem documentada do que a asma ocupacional, mas os sintomas nasais e brônquicos coexistem frequentemente no mesmo doente.
- A **alergia ao látex** tornou-se um problema crescente para os doentes e profissionais de saúde. Estes últimos devem estar conscientes deste problema e desenvolver estratégias para o seu tratamento e prevenção.

Poluentes

- Os dados epidemiológicos existentes sugerem que os poluentes exacerbam a rinite.
- O mecanismo pelo qual os poluentes causam ou exacerbam a rinite são agora melhor conhecidos.
- A **poluição do ambiente interior** é de grande importância, uma vez que a população dos países desenvolvidos passa cerca de 80% do seu tempo em edifícios fechados. A poluição do ar interior contém alergénios domésticos e gases poluentes, dos quais o **fumo de tabaco** é a fonte principal.
- Em muitos países, a **poluição urbana** é primariamente de origem automóvel e os principais poluentes da atmosfera são o ozono, o óxido de azoto e o dióxido sulfúrico. Estes podem estar envolvidos no agravamento dos sintomas nasais em doentes com rinite alérgica ou com rinite não alérgica.
- O fumo diesel pode estimular a formação de IgE e a inflamação alérgica.

Aspirina

- A aspirina e outros anti-inflamatórios não esteróides (AINE's) induzem frequentemente rinite e asma.

MECANISMOS DA RINITE ALÉRGICA

- A alergia é classicamente considerada como sendo o resultado de uma resposta mediada por IgE associada a inflamação nasal.
- A rinite alérgica é caracterizada por um infiltrado inflamatório constituído por diferentes células. Esta resposta celular inclui:
 - quimiotaxia, recrutamento selectivo e migração trans-epitelial de células
 - libertação de citocinas e quimiocinas
 - activação e diferenciação de vários tipos celulares, incluindo eosinófilos, células T, mastócitos e células epiteliais
 - prolongamento da sobrevida celular
 - libertação de mediadores por estas células activadas. Entre estes, a histamina e os cisteinil-leucotrienos (CystT) são os mais importantes
 - comunicação com o sistema imune e a medula óssea
- A hiperactividade nasal não específica é uma importante característica da rinite alérgica. É definida como uma resposta nasal aumentada aos estímulos normais resultando em espirros, obstrução nasal e/ou rinorreia.
- A rinite intermitente pode ser mimetizada por provocação nasal com alergénios polínicos e foi demonstrado que ocorre uma resposta inflamatória durante a reacção tardia.
- Na rinite alérgica persistente, os factores desencadeantes alérgicos interagem com um processo inflamatório crónico já em curso. Os sintomas são devidos a esta complexa interacção.
- A “inflamação persistente mínima” é um conceito novo e importante. Em doentes com rinite alérgica persistente, a exposição a alergénios varia durante todo o ano e há períodos durante os quais há pouca exposição. Mesmo sem sintomas, estes doentes mantêm inflamação nasal.
- A compreensão destes mecanismos patogénicos é a base de fundamento para uma terapêutica racional desta doença, baseada mais na complexidade da reacção inflamatória do que em sintomas isolados.



DOENÇAS ASSOCIADAS

A inflamação alérgica não está limitada à mucosa nasal. Múltiplas outras doenças têm vindo a ser associadas à rinite.

Asma

- As mucosas nasal e brônquica têm muitas semelhanças.
- Os estudos epidemiológicos têm mostrado sistematicamente que a asma e a rinite coexistem, com muita frequência, nos mesmos doentes.
 - A maioria dos doentes com asma, alérgica e não alérgica, têm rinite.
 - Muitos doentes com rinite têm asma.
 - A rinite alérgica está associada à asma e constitui ainda um factor de risco em relação à mesma.
 - Muitos doentes com rinite alérgica desenvolvem hiperreactividade brônquica não específica.
- Os estudos fisiopatológicos sugerem que existe uma forte relação entre a rinite e a asma. Embora existam diferenças entre a rinite e a asma, as vias respiratórias superiores e inferiores são afectadas por um processo inflamatório comum, provavelmente evolutivo, que pode ser sustentado e amplificado por mecanismos interligados.
- As doenças alérgicas podem ser sistémicas. A obstrução brônquica conduz à inflamação nasal e a obstrução nasal conduz à inflamação brônquica.
- Face a um diagnóstico possível de rinite ou asma, tanto as vias aéreas superiores como as inferiores devem ser examinadas.

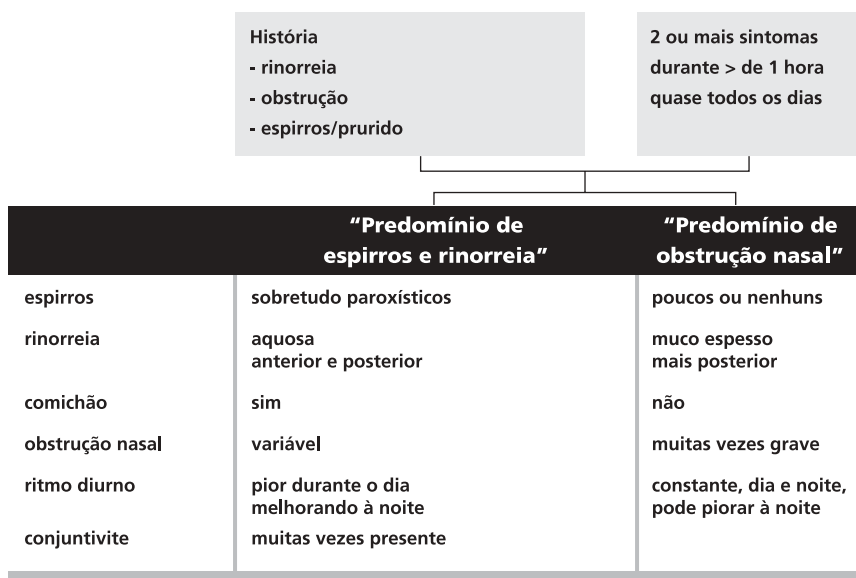
Outras patologias correlacionadas

- Estas incluem a sinusite e a conjuntivite.
- As relações entre a rinite alérgica, a polipose nasal e as otites já são menos bem conhecidas.

SINTOMAS DA RINITE ALÉRGICA

- A história clínica é essencial para um diagnóstico rigoroso da doença, para a avaliação da sua gravidade e da resposta ao tratamento.
- Em doentes com rinite alérgica intermitente ligeira, o exame nasal será a intervenção diagnóstica mais indicada. Nos doentes com rinite alérgica persistente é indispensável a realização de um exame nasal. A rinoscopia anterior, com espéculo e espelho, dá-nos pouca informação, sendo a endoscopia nasal, normalmente efectuada por especialistas, a intervenção mais útil.

Figura 2: Exame clínico e classificação da rinite



Lund, V.J. et al., International Consensus Report on the Diagnosis and Management of Rhinitis. International Rhinitis Management Working Group. *Allergy*, 1994; 49 (Supl. 19): 1-34



O DIAGNÓSTICO DE RINITE ALÉRGICA

■ **O diagnóstico da rinite alérgica** baseia-se em:

- uma história típica de sintomas alérgicos
- os sintomas alérgicos são os que caracterizam os doentes com predomínio de espirros e rinorreia (“sneezers and runners”). Contudo, estes sintomas não são, necessariamente, de origem alérgica.
- testes diagnósticos
 - Os testes *in vivo* e *in vitro* utilizados para o diagnóstico de doenças alérgicas pretendem fazer a detecção da IgE na forma livre ou ligada a células. O diagnóstico de alergia tem vindo a ser aperfeiçoado pela standardização dos alergénios, o que tornou possível a produção de extractos diagnósticos de qualidade satisfatória para a maior parte dos aeroalergénios.
 - **Os testes cutâneos de hipersensibilidade imediata** são amplamente utilizados para a detecção de uma reacção alérgica mediada pela IgE. Trata-se de um importante instrumento de diagnóstico no campo alergológico. Quando bem executados, estes testes dão-nos informações úteis para a confirmação do diagnóstico de uma alergia específica. Como a sua realização e interpretação é bastante complexa, recomenda-se que sejam feitos por profissionais de saúde com experiência nesta área clínica.
 - **A medição da IgE específica** sérica é um teste diagnóstico importante com valor equivalente aos testes cutâneos.
 - Utilizam-se **testes de provocação nasal** com alergénios na investigação e, com menor frequência, na prática clínica. Podem ser especialmente úteis no diagnóstico de rinite ocupacional.
 - **A imagiologia** não é, normalmente, necessária.

■ **O diagnóstico da asma**

- Dada a natureza intermitente da asma brônquica e a reversibilidade da obstrução das vias aéreas (espontaneamente ou por acção do tratamento), pode ser difícil fazer-se o **diagnóstico de asma concomitante**.
- O projecto *Global Initiative for Asthma (GINA)* publicou linhas de orientação, com vista ao reconhecimento e diagnóstico da asma, que são também recomendadas pelo projecto *ARIA*.
- A medição da função respiratória e a confirmação da reversibilidade da obstrução das vias respiratórias são passos importantes no diagnóstico da asma.

GESTÃO DA DOENÇA

- As mucosas nasal e brônquica apresentam muitas semelhanças.
- A gestão clínica da rinite alérgica inclui:

- **evicção alérgica:**

- a maioria dos estudos efectuados sobre a evicção alérgica têm analisado apenas os sintomas asmáticos, sendo muito escassos os que se têm debruçado sobre os sintomas da rinite. Uma única intervenção poderá ser insuficiente para o controlo dos sintomas de rinite ou asma
- contudo, a evicção alérgica, incluindo os ácaros domésticos, deveria fazer sempre parte de estratégia de gestão da doença.
- são necessários mais dados para se avaliar em profundidade a importância da evicção alérgica.

- **medicamentos (tratamento farmacológico)**

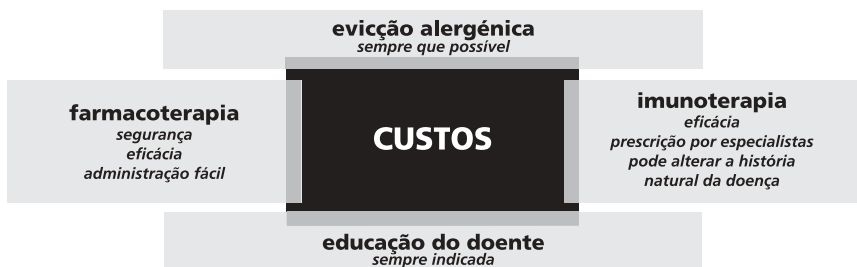
- **imunoterapia específica**

- **educação**

- pode utilizar-se a **cirurgia** como intervenção adjuvante nalguns doentes muito bem seleccionados

- Estas recomendações pretendem contribuir para uma estratégia que combine o tratamento das doenças das vias aéreas superiores e inferiores, em termos de eficácia e segurança.
- Será necessário proceder-se ao seguimento dos doentes com rinite persistente e rinite intermitente grave.

Figura 3: Considerações terapêuticas



AS RECOMENDAÇÕES SÃO FEITAS COM BASE EM PROVAS

As recomendações são feitas com base em provas clínico-científicas (“evidence-based”)

Baseadas em ensaios controlados e randomizados (ECR) desenvolvidos em projectos de investigação em que foi aplicada a anterior classificação da rinite:

- rinite alérgica sazonal (RAS)
- e rinite alérgica perene (RAP)

O grau da recomendação é:

- **A:** recomendação baseada nos ECR ou em meta-análises
- **D:** recomendação baseada na experiência clínica de especialistas

Intervenção	Sazonal		Perene	
	adultos	criança	adultos	crianças
anti-histamínicos-H1 orais	A	A	A	A
anti-histamínicos-H1 intranasais	A	A	A	A
corticosteróides intranasais	A	A	A	A
cromonas intranasais	A	A	A	
anti-leucotrienes	A			
IE sub-cutânea	A	A	A	A
IE sublingual	A	A	A	
IE nasal	A	A	A	
evicção alérgica	D	D	D	D

IE: imunoterapia específica

Para a IE sublingual e nasal, a recomendação é apenas para tratamentos com doses muito elevadas.

SELECÇÃO DE MEDICAMENTOS

- Os efeitos benéficos dos medicamentos não se mantêm após a interrupção da sua administração. Deste modo, na rinite persistente será necessário um tratamento de manutenção.
- A taquifilaxia não ocorre normalmente no caso de tratamentos prolongados.
- Os medicamentos utilizados na rinite são normalmente administrados pelas vias intra-nasal ou oral.
- Há estudos que comparam a eficácia relativa destes medicamentos; destes, os corticosteróides intra-nasais são os mais eficazes. Contudo, a escolha do tratamento depende também de muitos outros critérios.
- A utilização de terapêuticas alternativas (p. ex. homeopatia, terapia com ervas medicinais, acupunctura) no tratamento da rinite, está a aumentar. É urgente que haja mais ensaios clínicos, randomizados e controlados, de terapias alternativas para as doenças alérgicas e rinites. No momento actual, ainda há falta de provas clínicas e científicas relativamente à eficácia destas terapias.
- Normalmente não devem ser administrados glucocorticosteróides por via intra-muscular, dada a possível ocorrência de efeitos secundários sistémicos.
- As aplicações intra-nasais de glucocorticosteróides não são recomendadas na maioria das situações, dada a possível ocorrência de efeitos secundários graves.



TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA RINITE ALÉRGICA

Ação dos medicamentos nos sintomas da rinite

	espirros	rinorreia	obstrução nasal	prurido nasal	sintomas oculares
Anti-histamínicos-H1					
oral	++	++	+	+++	++
intra-nasal	++	++	+	++	0
intra-ocular	0	0	0	0	+++
Corticosteróides					
intra-nasal	+++	+++	+++	++	++
Cromonas					
intra-nasal	+	+	+	+	0
intra-ocular	0	0	0	0	++
Descongestionantes					
intranasal	0	0	++++	0	0
oral	0	0	+	0	0
Anti-colinérgicos	0	++	0	0	0
Anti-leucotrienos	0	+	++	0	++

Adaptado de van Cauwenberge, P., et al., Consensus statement on the treatment of allergic rhinitis. European Academy of Allergy and Clinical Immunology. *Allergy*, 2000; 55(2): p.116-34.

GLOSSÁRIO DOS MEDICAMENTOS PARA A RINITE

Nome Também conhecido por	Nome genérico	Mecanismo de Acção	Efeitos secundários	Comentários
Anti-histamínicos-H1 orais	<p>2ª geração Cetirizina Ebastina Fexofenadina Loratadina Mizolastina Acrivastina Azelastina</p> <p>Novos produtos Deslorotadina Levocetirizina</p> <p>1ª geração Clorfeniramina Clemastina Hidroxizina Cetotifeno Mequitazina Oxatomida</p> <p><i>Outros</i> Cardiotóxico Astemizole Terfenadina</p>	<ul style="list-style-type: none"> - bloqueio do receptor H1 - alguma actividade anti-alérgica - os fármacos de nova geração podem ser usados 1 vez por dia - não há desenvolvimento de taquifilaxia 	<p>2ª geração</p> <ul style="list-style-type: none"> - muitos destes fármacos não têm efeito sedativo - nenhum efeito anti-colinérgico - nenhuma cardiotoxicidade - a acrivastina tem efeitos sedativos - a azelastina oral pode ter efeito sedativo e gosto amargo <p>1ª geração</p> <ul style="list-style-type: none"> - a sedação é frequente - e/ou efeito anti-colinérgico 	<ul style="list-style-type: none"> - a nova geração de anti-histamínicos-H1 orais são preferíveis por apresentarem um rácio eficácia/segurança e uma farmacocinética favoráveis - de efeito rápido (< 1h) sobre os sintomas nasais e oculares - com pouco efeito sobre a congestão nasal - os fármacos cardiotóxicos devem ser evitados
Anti-histamínicos-H1 locais (intra-nasais, intra-oculares)	Azelastina Levocabastina	<ul style="list-style-type: none"> - bloqueio do receptor H1 - alguma actividade anti-alérgica na azelastina 	<ul style="list-style-type: none"> - efeitos secundários ligeiros - azelastina: gosto amargo em alguns doentes 	<ul style="list-style-type: none"> - efeito rápido (< 30 mins) sobre sintomas nasais ou oculares
Corticosteróides intra-nasais	Beclometasona Budesonido Flunisolida Fluticasona Mometasona Triamcinolona	<ul style="list-style-type: none"> - reduz a hiperreactividade nasal - pode reduzir a inflamação nasal 	<ul style="list-style-type: none"> - efeitos secundários ligeiros - grande margem para efeitos secundários sistémicos - problemas de desenvolvimento só com certas moléculas (<i>ver secção pediátrica p.20</i>) - em crianças considerar a combinação de fármacos intranasais e inalados 	<ul style="list-style-type: none"> - o tratamento farmacológico mais eficaz para a rinite alérgica - eficaz para a congestão nasal - efeitos no olfacto - efeitos observados ao fim de 6-12 hrs, mas efeito máximo ao fim de alguns dias
Corticosteróides Orais/IM	Dexametasona Hidrocortisona Metilprednisolona Prednisolona Prednisona Triamcinolona Betametasona Deflazacort	<ul style="list-style-type: none"> - pode reduzir a inflamação nasal - reduz hiperreactividade nasal 	<ul style="list-style-type: none"> - são frequentes os efeitos secundários sistémicos, mais em fármacos IM - as injeções depósito podem causar a atrofia do tecido local 	<ul style="list-style-type: none"> - sempre que possível, os corticosteróides intranasais devem substituir os fármacos por via oral ou IM - mas pode ser necessária uma administração curta de corticosteróides orais no caso de sintomas graves

Nome Também conhecido por	Nome genérico	Mecanismo de Acção	Efeitos secundários	Comentários
Cromonas locais (intra-nasais, intra-oculares)	Cromoglicato Nedocromil	- mecanismo de acção pouco conhecido	- efeitos secundários locais ligeiros	- cromonas intra-oculares são muito eficazes - cromonas intra-nasais são menos eficazes e têm uma duração de acção mais curta - excelente segurança
Descongestionantes orais	Efedrina Fenilefrina Pseudoefedrina <i>Outros</i>	- fármaco simpatomimético - alivia sintomas de congestão nasal	- hipertensão - palpitações - inquietação - agitação - tremor - insónia - cefaleia - secura das membranas mucosas - retenção urinária - exacerbação de glaucoma ou tireotóxicose	- precaução no uso de descongestionantes em doentes com patologia cardíaca - associação anti-histamínicos H1 orais e descongestionantes pode ser mais eficaz do que qualquer um isolado, mas os efeitos secundários são também associados
Descongestionantes intra-nasais	Epinefrina Naftazolina Oximetazolina Fenilefrina Tetrahidrozolina Xilometazolina <i>Outros</i>	- fármaco simpatomimético - alivia sintomas de congestão nasal	- alguns efeitos secundários como descongestionantes orais, mas menos intensos - rinite medicamentosa (fenómeno de retorno ("rebound") sintomático que ocorre com uso prolongado superior a 10 dias)	- actuam mais rapidamente e são mais eficazes que os descongestionantes orais - limite duração do tratamento, a menos de 10 dias, para evitar rinite medicamentosa
Anti-colinérgicos intra-nasais	Ipratrópio	- anti-colinérgico - bloqueia quase exclusivamente a rinorreia	- efeitos secundários locais ligeiros - quase sem acção anti-colinérgica sistémica	- eficazes em doentes alérgicos e não-alérgicos com rinorreia
Anti-leucotrienos	Montelucaste Pranlucaste Zafirlucaste	- bloqueio dos receptores dos leucotrienos cisteínicos	- bem tolerados	- fármacos promissores para administração isolada ou em associação com anti-histamínicos H1, mas são necessários mais dados para os posicionar na terapêutica

CONSIDERAR IMUNOTERAPIA

- A imunoterapia específica é eficaz quando correctamente administrada.
- As vacinas terapêuticas estandardizadas são preferíveis, se existir a sua disponibilidade.
- A imunoterapia sub-cutânea tem suscitado problemas no que diz respeito à sua eficácia e segurança. Como tal, foram propostas doses adequadas de vacinas quer em unidades biológicas, quer em unidades de massa de alérgenos *major*. Doses de 5 a 20 µg do alérgeno *major* são doses adequadas para a maioria das vacinas alérgicas.
- A imunoterapia sub-cutânea altera a história natural da doença alérgica.
- A imunoterapia sub-cutânea deve ser executada por pessoal treinado e os doentes devem ser monitorizados durante 20 minutos após a injeção.

Imunoterapia específica sub-cutânea está indicada

- Em doentes insuficientemente controlados pela farmacoterapia convencional.
- Em doentes nos quais os anti-histamínicos-H1 por via oral e a farmacoterapia intra-nasal não controlam satisfatoriamente os sintomas.
- Em doentes que recusam a farmacoterapia.
- Em doentes em que a farmacoterapia produz efeitos secundários indesejáveis.
- Em doentes que não querem receber tratamento farmacológico de longa duração.

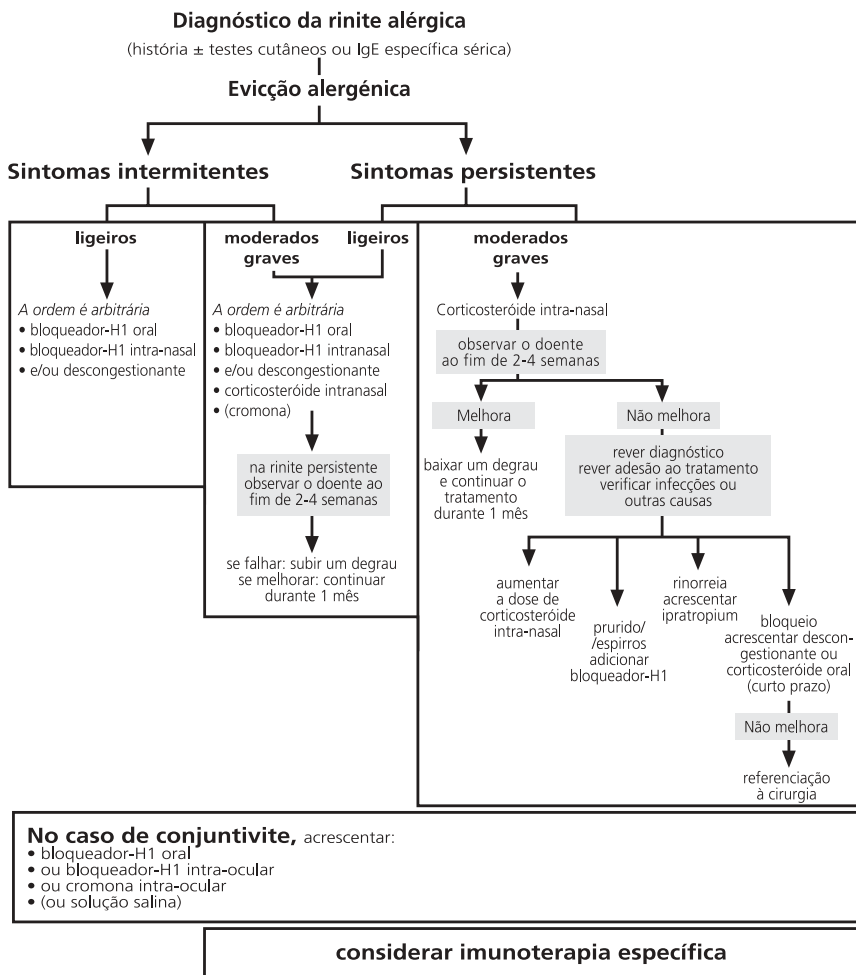
Imunoterapia específica em altas doses por via nasal e sublingual

- Pode ser utilizada com doses 50 a 100 vezes superiores às que se utilizam na imunoterapia sub-cutânea.
- Em doentes que tiveram efeitos secundários ou que recusaram a imunoterapia sub-cutânea.
- As indicações são sobreponíveis às que são recomendadas para as injeções sub-cutâneas.

Nas crianças, a imunoterapia específica é eficaz. No entanto, não está recomendado o início da imunoterapia antes dos 5 anos de idade.

ABORDAGEM TERAPÊUTICA EM DEGRAUS

(adolescentes e adultos)



Em caso de melhoria: baixar um degrau. Em caso de agravamento: subir um degrau.

TRATAMENTO DA RINITE E ASMA CONCOMITANTES

- **O tratamento da asma deve seguir as linhas de orientação do *GINA***
- Alguns fármacos são eficazes tanto no tratamento da rinite como da asma (p. ex.: glucocorticosteróides e anti-leucotrienos).
- Contudo, outros apenas são eficazes no tratamento da rinite ou da asma (p. ex.: agonistas α - e β -adrenérgicos, respectivamente)
- Alguns fármacos são mais eficazes para a rinite do que para a asma (p. ex.: anti-histamínicos-H1)
- A gestão otimizada da rinite pode melhorar a asma concomitante.
- Os fármacos administrados por via oral podem controlar tanto os sintomas nasais como os brônquicos.
- Os glucocorticosteróides intranasais são seguros. Contudo, doses elevadas de glucocorticosteróides inalados (intra-brônquicos) podem causar efeitos secundários. Um dos problemas da administração simultânea de glucocorticosteróides é a possibilidade de efeitos secundários aditivos.
- Tem sido proposto que a prevenção ou o tratamento precoce da rinite alérgica podem ajudar a evitar a ocorrência de asma ou o agravamento dos sintomas brônquicos, mas ainda são necessários outros trabalhos de investigação para comprovar esta hipótese.



ASPECTOS PEDIÁTRICOS

- A rinite alérgica faz parte da “marcha alérgica” durante a infância. Antes dos dois anos de idade a rinite alérgica intermitente é rara. A rinite alérgica tem maior prevalência durante a idade escolar.
- Os testes cutâneos de alergia podem ser feitos em qualquer idade e fornecem informações importantes.
- Os esquemas de tratamento para crianças são os mesmos que para os adultos, mas deve-se ter especial cuidado, no sentido de evitar os efeitos secundários típicos deste grupo etário.
- As doses da medicação devem ser ajustadas e ter em atenção as considerações especiais para este grupo etário. Poucos medicamentos foram testados em crianças com menos de dois anos.
- Em crianças, os sintomas de rinite alérgica podem afectar as funções cognitivas e o aproveitamento escolar, que também podem ser agravados pelo uso de anti-histamínicos-H1 de primeira geração.
- O uso de glucocorticóides orais ou intramusculares deve ser evitado no tratamento da rinite em crianças mais novas.
- Os glucocorticóides intra-nasais são um tratamento eficaz para a rinite alérgica. Contudo, é preocupante o possível efeito no crescimento verificado com alguns, mas não todos, dos glucocorticosteróides intra-nasais. Foi demonstrado que, nas doses recomendadas, a mometasona e a fluticasona intranasal não interferem no crescimento de crianças com rinoconjuntivite alérgica.
- A segurança é um dos motivos pelo qual se usa frequentemente o cromoglicato dissódico no tratamento da rinoconjuntivite alérgica em crianças.

CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS

Grávidas

- A rinite é um problema frequente na gravidez, na medida em que a obstrução nasal pode ser agravada pela própria gravidez.
- Deve ter-se um especial cuidado na administração de qualquer medicamento durante a gravidez, já que a maioria dos medicamentos atravessa a barreira placentária.
- Os estudos disponíveis para a maioria dos medicamentos são limitados, restritos a grupos de pequena dimensão e não contemplam análises a longo prazo.

Idosos

- Nas idades mais avançadas ocorrem várias alterações fisiológicas no tecido conjuntivo e rede vascular do nariz, que podem predispor ou contribuir para a rinite crónica.
- A alergia é uma causa menos frequente de persistente em indivíduos com mais de 65 anos.

- a rinite atrófica é frequente e de difícil controlo
- a rinorreia pode ser controlada com anticolinérgicos
- alguns medicamentos (reserpina, guanetidina, fentolamina, metildopa, prazosina, clorpromazina e IECAs) podem causar rinite

- Alguns medicamentos podem induzir efeitos secundários específicos em idosos

- em doentes com hipertrofia prostática os descongestionantes e fármacos com actividade anti-colinérgica podem causar retenção urinária
- os medicamentos sedativos podem ter efeitos secundários mais acentuados



LINHAS DE ORIENTAÇÃO ADAPTADAS PARA PAÍSES EM VIAS DE DESENVOLVIMENTO

■ Nos países em vias de desenvolvimento, a gestão clínica da rinite é baseada base na disponibilidade e no custo dos medicamentos.

■ Os fundamentos racionais para a escolha da terapêutica nos países em vias de desenvolvimento são baseados em:

- grau de eficácia
- fármaco de baixo custo e disponível para a maioria dos doentes
- inclusão na lista de medicamentos essenciais da OMS. (Só a clorfeniramina e beclometasona estão incluídos)
- espera-se que novos medicamentos sejam brevemente incluídos nesta lista

■ A imunoterapia não é habitualmente recomendada nos países em vias de desenvolvimento pelas seguintes razões:

- nestes países muitos dos alérgenos não estão bem identificados
- só os especialistas devem prescrever dessensibilização

■ **Proposta de terapêutica em degraus:**

- **Rinite intermitente ligeira:** anti-histamínicos-H1 orais.
- **Rinite intermitente moderada-grave:** beclometasona intranasal (300-400µg/dia). Se não houver melhoria após uma semana de tratamento, adicionar-se-á um anti-histamínico-H1 oral e/ou um período curto de corticosteróides orais.
- **Rinite persistente ligeira:** tratamento com anti-histamínicos-H1 orais ou com uma dose baixa (100-200µg) de beclometasona intra-nasal é, normalmente, suficiente.
- **Rinite persistente moderada-grave:** beclometasona intranasal (300-400µg/dia). Se os sintomas são graves adicionar então um anti-histamínico-H1 oral e/ou um período curto de corticosteróides orais no início do tratamento.

■ **A gestão clínica da asma** em países em vias de desenvolvimento está incluída na "IUATLD Asthma Guide". A capacidade de aquisição de corticosteróides inalados é geralmente baixa nestes países. Se o doente tem meios para tratar ambas as manifestações da doença alérgica, recomenda-se incluir o tratamento da rinite alérgica no plano de gestão clínica da asma.

LINHAS DE ORIENTAÇÃO ADAPTADAS PARA USO LOCAL

Os recursos disponíveis e as preferências culturais locais condicionam o modo como as linhas de orientação são utilizadas em cada comunidade, desde que se considerem:

- a prevalência e custos da rinite alérgica
- as decisões sobre a prescrição baseadas na disponibilidade e custo dos medicamentos



