



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
- Infeções recorrentes
- Rinite
- Tosse
- Urticária
- Eczema atópico
- Dermatite de contacto alérgica



Sibilância e asma no lactente

Responsabilidade
e apoio científico:



Sociedade
Portuguesa
Alergologia
Imunologia
Clínica

Também disponível
em formato electrónico
em www.spaic.pt

Parceria



Coordenador:
Dr. Celso Pereira

Autores:

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

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 alergénios 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 alergénios (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, malformações 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...