

Asma Infantil Aspectos Clínicos e Terapêuticos⁽¹⁾

J. COSTA TRINDADE

Introdução

Episódios de sibilância são causa frequente de morbidade na idade pediátrica. Estudos epidemiológicos demonstram que o motivo de consulta médica em 10% a 15% das crianças no primeiro ano de vida e em cerca de 25% das crianças menores de 5 anos são devidos a episódios de sibilância. Nos dois primeiros anos de vida, a sibilância é geralmente episódica e associada a infecções agudas das vias aéreas. Sibilância recorrente ou persistente pode ser manifestação clínica de múltiplas situações patológicas, congénitas ou adquiridas. Cerca de 20% das crianças com dispneia recorrente são asmáticas, independentemente da idade de início dos sintomas, da demonstração de doença atópica, da presença de factores precipitantes ou da frequência dos episódios de dispneia.

A clarificação das causas de sibilância nos primeiros anos de vida é fundamental para se perceber a importância dos factores de risco, o papel das infecções virais na marcha evolutiva para asma brônquica e para se poderem implementar programas preventivos e terapêuticos eficazes.

É difícil distinguir o grupo de crianças com sibilância recorrente associada a infecção viral do grupo com asma

infantil. Devemos ponderar o diagnóstico de asma em todas as crianças com mais de dois episódios de sibilância, uma vez excluídas outras situações patológicas que mais frequentemente causam dispneia nestes grupos etários.

A inclusão de todos os casos de dificuldade respiratória no rótulo comum de "bronquite sibilante" constitui um obstáculo à compreensão fisiopatológica da doença, determinando um risco acrescido de sub-diagnóstico e/ou sub-tratamento. Pelo contrário, o diagnóstico precoce de asma permite estabelecer planos de educação da criança e familiares, diminuir a exposição a factores alergénicos relevantes, reduzir a morbidade da doença, equacionar medidas preventivas e de terapêutica farmacológica, melhorar a qualidade de vida da família, permitir um normal desenvolvimento da criança e prevenir o aparecimento tardio de sequelas pulmonares na vida adulta.

É ainda frequente encontrar em alguns médicos o receio de afirmar o diagnóstico de asma, talvez pelo peso dos factores psicológicos que ele implica. Esta atitude errada resulta invariavelmente numa actuação terapêutica tardia e incorrecta, ou na rejeição e menosprezo da doença por parte do doente e sua família, resultando em inconvenientes futuros que, em tempo oportuno, poderiam ter sido evitados.

Clínica da Asma na Criança

Asma é uma doença inflamatória crónica das vias aéreas inferiores que se caracteriza clinicamente por episódios recorrentes de sibilância, tosse e dispneia expiratória, deixando os doentes sintomaticamente livres no intervalo das crises, podendo, nos casos mais graves, persistir um fundo de dispneia permanente.

(1) Conferência proferida no 37º. Curso de Pneumologia para Pós-graduados organizado pela Clínica Universitária de Pneumologia (Director: Prof. Doutor A. Bugalho de Almeida) da FML/HSM, Lisboa, 26 de Março, 2004.

A dificuldade respiratória resulta da intervenção de três factores essenciais que contribuem para o estreitamento das vias aéreas: – broncoconstrição, edema da mucosa e hipersecreção brônquica. Todas estas alterações são reversíveis, espontaneamente, ou por intervenção terapêutica.

As crises são precedidas por sintomas prodrômicos, habitualmente do mesmo tipo para cada doente, que alertam a criança e/ou a família para a necessidade de se iniciar, nesta fase, a terapêutica da crise. É frequente o prurido nasal, mentoniano, orofaríngeo, ou ocular, lacrimejo, obstrução nasal, crises esternutatórias, tosse seca, ou outros, como o agravamento de um eczema atópico pré-existente.

Passado algum tempo instala-se a crise de asma propriamente dita, com presença de sinais de dificuldade respiratória (bradipneia expiratória), respiração sibilante audível mesmo à distância, bloqueio do tórax em inspiração forçada, tosse seca irritativa e sensação de opressão torácica. A criança habitualmente adopta a posição característica de sentada, inclinada para frente, apoiada nas mãos, posição que lhe permite uma maior eficácia dos músculos acessórios da respiração. Estes sintomas acompanham-se de diminuição da actividade física, com limitação dos exercícios que exigem esforço e, progressivamente, dificuldade em articular frases e palavras, iniciando-se um discurso entrecortado.

Na observação, é patente o bloqueio do tórax em posição expiratória e os sinais de tiragem (diafragmática, supraesternal, supraclavicular e intercostal), à percussão, abaixamento do diafragma e hipersonoridade e, à auscultação pulmonar, prolongamento do tempo expiratório, inversão do tempo inspiratório/expiratório e presença de ruídos adventícios (sibilos, roncós e ferveiros).

Os sintomas ocorrem ou agravam à noite, desencadeados pelo exercício ou exposição a factores alergénicos e irritantes inespecíficos, e as crises são de frequência variável, dependendo da gravidade da asma e da eficácia da intervenção terapêutica. No nosso país, em que domina a sensibilização alergénica aos ácaros domésticos, as crises ocorrem preferencialmente nos meses de Outono (Setembro a Novembro) e no início da Primavera (Fevereiro a Abril), altura do ano em que as condições de temperatura e humidade são favoráveis ao desenvolvimento e actividade dos ácaros.

Na criança, são de valorizar outros sintomas que devem fazer suspeitar da existência de asma subjacente. É o caso da traqueíte espasmódica que cursa com tosse nocturna, seca, irritativa, recorrente e resistente à terapêutica habitual, que surge cerca de duas a três horas após o deitar, a presença de episódios recorrentes de infecção respiratória alta com tendência para atingir as vias aéreas inferiores, por vezes de resolução difícil, persistindo por mais de 10 dias, e a relutância em participar nas actividades físicas, incluindo desporto e jogos.

Nos grupos etários mais baixos, as crises de asma têm contornos menos bem definidos, sendo os sintomas muitas vezes irrelevantes e pouco característicos, o que torna difícil o diagnóstico de asma na criança em idade pré-escolar, não havendo meios complementares de diagnóstico disponíveis que permitam confirmá-lo, ou excluí-lo.

O Consenso Internacional sobre Asma Infantil (Third International Pediatric Consensus Statement on the Management of Childhood Asthma, *Pediatric Pulmonology*, 1998, 25: 1-17), que teve lugar em São Paulo (Brasil) em Março de 1995 e no qual participaram 42 representantes de 23 países, entre os quais Portugal com 2 representantes, aceitou para as crianças com idade inferior a 3 anos a seguinte definição de asma: “doença caracterizada por episódios de sibilância recorrente e/ou tosse persistente que surgem num contexto evocativo de asma brônquica, uma vez excluída outras situações patológicas de obstrução das vias aéreas”.

No Quadro I, são referidas, por ordem de frequência, as situações patológicas de obstrução das vias aéreas, que se manifestam clinicamente por tosse e dispneia expiratória, que devem ser evocadas no diagnóstico diferencial de asma do lactente e da criança jovem.

Quadro I
Causas Congénitas e Adquiridas de Dispneia e Tosse no Lactente e Criança

| FREQUENTE | POUCO FREQUENTE | RARA |
|---|---|--|
| Asma brônquica Bronquiolite Pertussis Clamydia Refluxo gastro-esofágico | Displasia bronco-pulmonar Corpo estranho Fibrose quística Imunodeficiência | Insuf. cardíaca congestiva Anomalia vascular Massa mediastínica Bronquiolite obliterante Fístula traqueo-esofágica Défice alfa-1-antitripsina |

Terapêutica da Asma na Criança

Constituem objectivos do acompanhamento da criança com asma brônquica:

1. Identificar precocemente a “verdadeira” criança asmática.
2. Resolver rápida e eficazmente os episódios agudos.
3. Instituir uma terapêutica de fundo precoce e adaptada a cada caso clínico, com os agentes mais indicados, pela via de administração mais correcta para o estágio de desenvolvimento e compreensão da criança, com um mínimo de feitos secundários, sem esquecer o tratamento das alergopatias associadas.
4. Conseguir uma boa adesão à terapêutica através de uma eficiente comunicação e de programas de edu-

cação dirigidos à criança e seus familiares.

5. Optimizar a qualidade de vida da criança e família em todos os seus planos de actividade (escola, desporto, lazer).
6. Zelar pelo bom desenvolvimento físico, psíquico e social da criança.
7. Advertir para riscos futuros previsíveis, particularmente nos períodos críticos da adolescência e de adulto jovem.

Estes objectivos implicam uma vasta e complexa estratégia de acção, envolvendo médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, educadores e, sobretudo, os pais. Por limitações de tempo, vamos apenas fazer algumas considerações sobre a terapêutica farmacológica da asma brônquica na criança.

A terapêutica medicamentosa da asma deve ser encarada em dois planos distintos. O primeiro compreende o tratamento sintomático das agudizações e tem como objectivos principais: reverter a obstrução brônquica e a hipoxémia, restaurar a função pulmonar, evitar os efeitos adversos da terapêutica, manter os sintomas clínicos controlados, permitir um nível de actividade normal e prevenir a mortalidade da asma. Mesmo numa abordagem de urgência, é imprescindível ensinar o doente a evitar novas crises, assim como delinear normas escritas de actuação para tratamento de futuros episódios sintomáticos e alertar para os sintomas e sinais indicadores de gravidade clínica que exigem recurso ao Serviço de Urgência.

O segundo plano, que corresponde ao tratamento de fundo, visa controlar a doença asmática, minimizar ou eliminar os períodos sintomáticos, prevenir as agudizações, salvaguardar a função pulmonar, garantir uma boa qualidade de vida, assegurar a actividade física e uma escolaridade normal e restaurar o equilíbrio emocional da criança e da família.

Terapêutica Sintomática das Crises

No Consenso Internacional sobre Asma Infantil, uma das preocupações primordiais foi definir critérios de gravidade, distinguindo inequivocamente a terminologia usada na classificação dos episódios agudos e na classificação de morbidade da doença asmática.

Para as crises sintomáticas agudas, optou-se pela sua classificação em “ligeira”, “moderada” e “grave”:

1. **Crise Ligeira** – Tosse e sibilância audível, sem diminuição da actividade física, sem aumento significativo da frequência respiratória, sem cianose. A criança consegue pronunciar frases de relativa extensão e não se observa interferência na activi-

dade física. Peak flow acima de 80% em relação aos seus valores normais de referência em intercrise. Função respiratória normal e gasimetria sanguínea normal. Melhoria espontânea, ou com a administração das doses habituais de beta-agonistas.

2. **Crise Moderada** – Dispneia evidenciada pela presença de tiragem (entrada em funcionamento dos músculos acessórios da respiração), aumento da frequência respiratória e restrição da actividade física. Dificuldade em articular frases e palavras (frases curtas de 3 a 5 palavras) e interferência com a actividade escolar. Peak flow com valores situados entre 60 e 80% dos valores normais de referência em intercrise. Função respiratória normal ou presença de sinais de obstrução brônquica e bronquiolar moderadas. Na gasimetria sanguínea, hipoxémia e hipercápnia moderadas. Para reversão da sintomatologia clínica, necessidade de doses maiores de beta-agonistas, com recurso frequente a corticoterapia oral.
3. **Crise Grave** – Dificuldade respiratória intensa (por vezes já sem sibilância audível), presença de cianose e diminuição da frequência respiratória. Agitação. Discurso entrecortado (1 a 3 palavras, ou apenas sílabas), grande restrição da actividade física (doente acamado) e recusa alimentar. Resposta parcial e incompleta aos beta-agonistas. Peak flow inferior a 60% em relação aos valores normais de referência em intercrise. Função respiratória revelando obstrução marcada das vias aéreas de grande e pequeno calibre. Gasimetria sanguínea com sinais francos de hipoxémia e hipercápnia (SaO₂ <90%; PaO₂ <60 mmHg; PaCO₂ >45 mmHg). Risco eminente de insuficiência respiratória aguda, com necessidade de recurso a cuidados médicos hospitalares imediatos.

Na impossibilidade de se dispor de gasimetria sanguínea o risco eminente de falência respiratória pode ser inferido pela presença de sinais clínicos de hipercápnia e de hipoxémia (Quadro II):

Quadro II
Sinais Clínicos de Falência Respiratória Eminente

| HIPERCÁPNI | HIPOXÉMIA |
|--------------------------------------|---|
| Perturbação da consciência | Cianose central |
| Diminuição dos sinais auscultatórios | Taquicardia |
| Hiperdiaforese viscosa e fria | Pulso paradoxal |
| Diminuição da resposta à dor | Ansiedade |
| Diminuição do tônus muscular | Fadiga |
| Contrações musculares involuntárias | Dificuldade na fala |
| | Retração inspiratória dos músculos respiratórios acessórios |

A generalização do uso de nebulizadores e das câmaras de expansão modificou profundamente a rotina terapêutica das crises de asma, particularmente no que diz respeito à administração de broncodilatadores por via oral. A via oral, com as vantagens de maior facilidade de administração e de monitorização, tem maior risco de efeitos adversos sistêmicos. A via inalatória induz uma acção terapêutica mais rápida com menos efeitos adversos sistêmicos, mas exige uma correcta técnica de inalação, o que representa, para quem a prescreve, uma responsabilidade acrescida.

A opção por um tipo particular de inalador tem fundamentalmente a ver com o desenvolvimento psicomotor da criança e a aquisição de competências que lhe permita executar correctamente a manobra de inalação que o aparelho exige, variável de criança para criança, mas previsível para os diferentes grupos etários. Depende também de variáveis anatómicas (morfometria individual) e de variáveis fisiológicas (gradiente ventilatório na árvore brônquica), que variam, igualmente, com a idade da criança. Outros critérios a considerar na selecção do inalador dizem respeito à dose a administrar, o veículo utilizado, o tipo de medicamento usado (as suspensões exigem a utilização de um compressor), a situação clínica e a preferência da criança ou da família.

A explicação pormenorizada do funcionamento do aparelho e a sua experimentação prática, garantem, regra geral, uma colaboração eficiente por parte do doente e familiares. Em todas as visitas médicas é necessário rever a técnica inalatória, sobretudo nas crianças que continuam sintomáticas, fazendo prever erros na forma de administração. Apenas em presença de obstrução brônquica marcada, com movimentos inspiratórios limitados, é previsível grande dificuldade na utilização da via inalatória, pelo que esta poderá ser substituída, transitoriamente, pela via oral.

Basicamente, os meios farmacológicos usados no tratamento das crises de asma são os broncodilatadores e os corticoides. Os broncodilatadores devem ser iniciados precocemente, no domicílio, logo que a criança apresenta os primeiros sintomas, segundo prescrição médica contendo indicações precisas, por escrito, das doses, medicamentos e cronologia de utilização.

As crianças com menos de 4 anos de idade devem fazer Salbutamol ou Terbutalina inalador manual pressurizado (MDI) em câmara de expansão de pequeno volume com máscara bocal, 2-4 nebulizações de 4/4 ou de 6/6 horas até à estabilização dos sintomas. Nas crianças dos 4 aos 8 anos, utilizar MDI de Salbutamol ou de Terbutalina em câmara de expansão, 2-4 nebulizações de 4/4 horas até ao desaparecimento dos sintomas. A partir dos 8 anos podem ser usados os inaladores de pó seco (Rotahaler, Turbuhaler), até 2 doses com intervalo de 15-30 minutos, ou os MDI, demonstrada a competência da cri-

ança para realizar correctamente a respectiva técnica inalatória. A coordenação mão/pulmão exigida para os MDI, geralmente, só se adquire depois dos 10 anos de idade.

Considera-se **“boa resposta”** aos beta-agonistas o desaparecimento dos sintomas mantido por 4 horas, no mínimo, e peak flow superior a 80% em relação ao seu valor normal de referência em intercrise. Neste caso, os beta-agonistas devem ser administrados por mais 1-2 dias de 4/4 horas e o médico assistente contactado.

Na **“resposta incompleta”**, os sintomas apenas diminuem de intensidade, ou voltam a manifestar-se decorrido um período inferior a 3 horas. Também não se observa melhoria aparente do peak flow (60-80% dos valores normais de referência). Os beta-agonistas devem ser continuados, justificando-se o recurso a corticoterapia oral por 3 a 7 dias, prescrita pelo médico assistente entretanto contactado.

Na **“ausência de resposta”**, os sintomas clínicos persistem inalterados ou agravam, com peak flow inferior a 60% em relação ao seu valor normal de referência em intercrise. Após repetição da dose de beta-agonistas, a criança deve ser orientada para o Serviço de Urgência.

Inicialmente, no Serviço de Urgência, é necessário avaliar a gravidade da crise. Na história clínica valorizar a duração do episódio, a terapêutica já efectuada, o padrão de resposta em crises anteriores, particularmente internamentos, e a presença de patologia associada. O exame objectivo fornece as informações mais importantes. É fundamental considerar o estado de consciência, a capacidade para falar, a presença de cianose, o esforço respiratório (tiragem), a auscultação pulmonar (a intensidade dos sibilos é inversamente proporcional à gravidade da crise; o silêncio vesicular é um sinal de extrema gravidade) e medir a frequência respiratória, a tensão arterial (pulso paradoxal) e a SaO₂ por oximetria de pulso.

A hipoxémia está invariavelmente presente na crise de asma e relaciona-se directamente com o grau de gravidade. Recomenda-se a monitorização não invasiva da SaO₂ por oximetria de pulso na admissão no Serviço de Urgência e na monitorização da resposta à terapêutica.

Está demonstrada uma boa correlação entre valores de SaO₂ e a evolução clínica da crise. Uma SaO₂ inicial superior a 95% raramente se acompanha de recaída. SaO₂ inicial inferior a 92%, mesmo com boa resposta aos beta-agonistas, pressupõe grande número de recaídas, beneficiando estas crianças muitas vezes de internamento hospitalar. Nestes doentes, os corticoides devem ser prescritos no momento da alta para administração domiciliária. Valores de SaO₂ iniciais inferiores a 95% exigem monitorização por gasimetria sanguínea.

No Serviço de Urgência, nas crises moderadas, recomendamos MDI de Salbutamol ou de Terbutalina em

câmara de expansão, 2 nebulizações de 20/20 minutos, até um máximo de 10, de acordo com a resposta clínica. Como alternativa, fazemos aerossol de Salbutamol na dose de 0,15 mg/Kg/dose (0,03 ml/Kg/dose), não ultrapassando a dose máxima de 5 mg/dose, em 4 ml de Cloreto de Sódio a 0,9%, repetido de 20/20 minutos até um período máximo de 2 horas. O aerossol é feito com O₂ a um débito de 6-8 litros/minuto com máscara facial.

Nos doentes alérgicos ou intolerantes ao Salbutamol (taquicardia e/ou tremor importante), fazemos aerossol com Procaterol na dose de 0,8 µg/Kg/dose (1 gota por cada 5 Kg de peso) em 4 ml de Cloreto de Sódio a 0,9%. Crianças com idade inferior a 3 anos com tosse irritativa (tosse espasmódica), ou componente exsudativo importante (hipersecreção marcada), iniciamos a terapêutica com um primeiro aerossol de Salbutamol, 0,075 mg/Kg/dose (0,015 ml/Kg/dose), 2 ml de Brometo de Ipatrópio (250 µg) e 4 ml de Cloreto de Sódio a 0,9%.

Com uma boa resposta clínica, o doente tem alta para domicílio medicado com um beta-agonista, por via inalatória (ou por via oral), de 4/4 horas até estabilização clínica. Em presença de melhoria clínica ao fim de 2-4 horas de terapêutica, com SaO₂ igual ou superior a 95%, prescrevemos para o domicílio, além dos beta-agonistas, Prednisolona por via oral na dose de 1-2 mg/Kg/dia durante 3 dias. A corticoterapia por curtos períodos (até 7 dias) não provoca supressão do eixo hipófiso-suprarrenal, se for administrada em dose única pela manhã.

Nos doentes com SaO₂ inicial inferior a 95%, à terapêutica broncodilatadora, juntamos a Prednisolona oral na dose de 1-2 mg/Kg/dose, em toma única. O efeito terapêutico observa-se geralmente 1-3 horas após a administração do corticoide, com um pico máximo de acção às 4-8 horas.

Se o doente não responde de forma significativa nas 2 primeiras nebulizações com beta-agonistas, devemos iniciar os corticoides. A corticoterapia por via intravenosa deve ser proposta na dificuldade de ingestão do fármaco ou em presença de vômitos. Estão descritas reacções alérgicas aos corticoides intravenosos, mas estas são raras.

Se não houver resposta à terapêutica anterior, com manutenção ou agravamento dos sintomas, da função respiratória, SaO₂ inferior a 92% e valores de PaCO₂ entre 35-50 mmHg, a criança deve ser internada para administração da terapêutica por via intravenosa.

No internamento, a terapêutica broncodilatadora é mantida por via inalatória e os corticoides administrados por via intravenosa. Usamos a Metilprednisolona na dose de 1-2 mg/Kg/hora por um período de 6 horas, ou a Hidrocortisona na dose de 4 mg/Kg/dose por um período de 4 horas. Neste caso justifica-se a associação de Aminofilina por via intravenosa.

Iniciamos a Aminofilina na dose de impregnação de 5-

7 mg/Kg em 25-50 ml de soro por um período de 20-30 minutos. No caso de administração prévia de Aminofilina, determinar os níveis séricos de teofilinemia. As doses de manutenção de Aminofilina são de 0,85 mg/Kg/hora nas crianças de 1-6 anos e de 0,65 mg/Kg/hora nas de 7-16 anos. As doses devem ser individualizadas de forma a manter níveis séricos de teofilinemia de 10-20 µg/ml. Os níveis séricos de teofilinemia devem ser controlados regularmente 1, 6, 12 e 24 horas após o início da sua administração. Na impossibilidade de se dispor de níveis séricos de teofilinemia, é mais prudente administrar doses de impregnação de 6/6 horas.

Na dificuldade respiratória muito grave, com má entrada de ar, silêncio vesicular à auscultação, cianose, agitação, confusão, SaO₂ <86%, PaCO₂ >50 mmHg, pulso paradoxal, além das medidas terapêuticas já referidas, está indicada a associação de Brometo de Ipatrópio na dose de 0,25 mg/dose ao aerossol de Salbutamol e a administração de Salbutamol intravenoso, o que exige a monitorização dos sinais vitais durante a infusão pelo risco de paragem cardíaca. A dose de Salbutamol intravenoso é de 5-10 µg/Kg/minuto na impregnação, a administrar por um período de 5-10 minutos, e de 0,1 -0,2 µg/Kg/minuto para manutenção. Esta dose de manutenção pode ser aumentada de 0,1 µg/Kg/minuto de 15/15 minutos até se obter a diminuição da PaCO₂, ou surgir arritmia cardíaca.

É necessário também corrigir a desidratação nas situações de recusa alimentar, vômitos, sudação ou hiperventilação intensa. Usamos soro a ½ de Dextrose a 5% e ½ de Soro Fisiológico a 0,45% na dose de 12 ml/Kg/hora. Após correcção da desidratação, devemos fazer restrição hídrica dando 75% das necessidades diárias com soro de Dextrose a 5% com Sódio (3 mEq/Kg) e Potássio (2 mEq/Kg). Se pH <7,30 com défice de bases >5 mEq/litro, corrigir com Bicarbonato de Sódio na dose calculada de acordo com a seguinte fórmula:

$$\text{Bicarbonato de Sódio (mEq)} = \text{Défice de bases (mEq)} \times 0,3 \times \text{Peso corporal (Kg)}$$

administrando metade da dose inicialmente e a restante metade após repetição da gasimetria sanguínea.

A persistência da sintomatologia clínica, ou seu agravamento com as medidas terapêuticas anteriormente descritas, implica o recurso às técnicas de ventilação mecânica.

Após a alta, devem ser mantidas a terapêutica com broncodilatadores e corticoides, estes, em esquema de redução progressiva das doses durante, pelo menos, uma semana. Eventualmente, pode ser considerada a prescrição da associação de beta-agonista de longa acção e corticoide tóxico. Podemos usar os inaladores de pó seco de Salmeterol+Fluticasona (Diskhaler) ou de Formoterol+Budesonido (Turbuhaler) em

crianças com mais de 8 anos de idade, ou o MDI de Salmeterol+Fluticasona em câmara de expansão nas crianças dos 4-8 anos e em câmara de expansão de pequeno volume com máscara bucal nas crianças com menos de 4 anos.

Uma crise de asma exigindo internamento hospitalar, ainda que de curta duração, deve ser encarada como falência da terapêutica preventiva e das agudizações, sendo imperiosa a reavaliação criteriosa do esquema terapêutico anteriormente prescrito, das suas doses e da técnica de inalatória.

Como terapêuticas não recomendadas nas crises de asma, são de referir o uso de sedativos, de Sulfato de Magnésio (efeito não provado), dos mucolíticos (agravamento da tosse), da hidratação (apenas necessária no lactente e crianças até aos 4 anos, ou na presença de sinais clínicos de desidratação), dos antibióticos (excepto na presença de infecção bacteriana) e da cinesiterapia respiratória (agravamento do desconforto do doente).

Terapêutica de Fundo

O Consenso Internacional sobre Asma Infantil distingue três planos distintos para classificação da morbidade por asma, com as designações de “asma infrequente”, “asma frequente” e “asma persistente”.

1. **Asma Infrequente (“infrequent episodic”)** – Corresponde a 75% dos casos de asma infantil. Episódios agudos com uma periodicidade menor que um por mês. Sibilância mínima após exercício prolongado, sem sintomas em intercrise. Função respiratória normal no intervalo dos episódios sintomáticos. Sem necessidade de terapêutica profilática regular.
2. **Asma Frequente (“frequent episodic”)** – Corresponde a 20% dos casos de asma infantil. Episódios agudos com uma periodicidade maior que um por mês, mas menor que um por semana. Sibilância após exercício moderado, prevenida com a utilização de beta-agonistas. Função respiratória normal, ou próxima do normal, no intervalo dos episódios agudos. Necessidade de terapêutica profilática regular.
3. **Asma Persistente (“persistent asthma”)** – Corresponde a 5% dos casos de asma infantil. Episódios agudos frequentes com uma periodicidade maior que um por mês, requerendo, entre eles, utilização de beta-agonistas mais que 3 vezes/semana (devido a sintomas nocturnos ou opressão torácica matinal). Sibilância após exercício ligeiro. Função respiratória alterada com evidência de sinais

de obstrução brônquica e bronquiolar no intervalo das crises. Imprescindível o recurso à terapêutica profilática regular.

O algoritmo da terapêutica medicamentosa da asma brônquica da criança proposto no Consenso Internacional sobre Asma Infantil recomenda, na asma infrequente, o uso de beta-agonistas de forma intermitente, apenas nos períodos sintomáticos. Se houver necessidade de recorrer aos beta-agonistas mais que 3 vezes por semana, classificar a asma como frequente, iniciando-se a terapêutica profilática contínua com Cromoglicato dissódico (CGDS). Em presença de resposta clínica insuficiente após 6 semanas de CGDS, substitui-lo por doses baixas de corticoides inalados, mantendo os beta-agonistas em regime descontínuo. Se não houver resposta clínica significativa, classificar a asma como persistente, podendo ser considerada a terapêutica profilática regular com beta-agonistas de longa acção ou com teofilina de libertação prolongada, eventualmente, a associação destes dois fármacos. Se resposta insuficiente, aumentar as doses diárias de corticoides inalados e, por último, juntar a corticoterapia por via oral, de preferência, em dias alternados.

Com todos os defeitos que se apontam a um Consenso Internacional, é necessário reconhecer as vantagens na formulação de diretrizes orientadoras da terapêutica da asma a nível mundial. Não se constituindo em dogma, permitindo adaptações nacionais e regionais, os “guidelines” têm a vantagem adicional de obrigar todos aqueles que sobre eles se debruçam a uma profícua discussão. Apesar de só em 1998 ter sido publicado o III Consenso Internacional Pediátrico, a sua discussão ocorreu em Março de 1995. No intervalo de tempo entretanto decorrido, assistimos à introdução de novos medicamentos no tratamento de fundo da asma, como os novos beta-agonistas de longa acção e os anti-leucotrienos, pelo que se torna necessário fazer a sua revisão e propor algumas alterações, que nos parecem pertinentes:

1. Na asma infrequente, além da administração intermitente de beta-agonistas nos períodos sintomáticos e considerando a baixa adesão à terapêutica com CGDS, que exige a sua administração 3-4 vezes/dia, optamos pela prescrição pontual do CGDS na prevenção da asma de esforço antes da prática dos exercícios físicos mais intensos. Neste patamar de morbidade da asma, pensamos que continua a ter interesse, nos meses de maior exposição alérgica e de maior expressão sintomática, a inclusão de Quetotifeno, assim como dos novos anti-histamínicos da 3ª geração. Numa apreciação global, os anti-histamínicos estão associados a resultados terapêuticos pouco espectaculares, mas têm provado os seus efeitos benéficos na asma da criança, sobretudo

do quando se associam sintomas de rinite alérgica ou de eczema atópico.

- Na asma frequente, os corticoides tópicos por via inalatória são introduzidos em doses baixas nas primeiras semanas ou meses. Para evitar um tratamento prolongado com corticoides tópicos, uma vez melhorada a adesão à terapêutica, tentamos a possibilidade de continuar a terapêutica profilática apenas com o CGDS, voltando aos corticoides inalados em caso de insucesso.
- Propomos abertamente e sem equívocos a indicação da Imunoterapia Específica na asma frequente, antes que surja uma eventual deterioração da função respiratória. Está provado que a Imunoterapia Específica, bem prescrita e bem conduzida, é segura, eficaz e com uma relação custo/benefício aceitável. Até ao momento presente, é a única terapêutica etiopatogénica da asma capaz de modificar a história natural da doença.
- Considerar os beta-agonistas de longa acção, a teofilina de libertação retardada (ponderar o seu real baixo custo), ou mesmo os novos anti-leucotrienos, antes de tentar controlar as formas mais graves de asma (asma persistente) com doses elevadas de corticoides. Descrevem-se actualmente dois tipos de cortico-resistência. No tipo I, incluem-se os doentes asmáticos com corticoidesresistência adquirida, associada à redução anómala dos receptores glucocorticoides ou da sua afinidade de ligação ao DNA. No tipo II, a asma corticoidesresistente parece ser devida a um baixo número de receptores para os glucocorticoides. Estes doentes beneficiam da associação de fármacos alternativos. Não está excluída a possibilidade de os corticoides tópicos administrados de forma contínua na asma frequente e em doses elevadas na asma persistente poderem ocasionar atraso do crescimento, dependendo da susceptibilidade individual aos corticoides.
- Eventualmente, propor, como indicação terapêutica futura, os inibidores dos receptores dos leucotrienos como agentes de primeira linha na asma frequente. Esta opção depende da comprovação da sua eficácia no controlo da asma, assim como da segurança. No nosso país, apenas dispomos do Montelukaste para o tratamento da asma infantil, que tem a vantagem da grande comodidade de administração, em dose única ao deitar, um comprimido mastigável de 5 mg nas crianças dos 6-15 anos e de 10 mg nas crianças com mais de 15 anos, o que facilita a adesão à terapêutica.

Na Figura 1 apresentamos o algoritmo da terapêutica medicamentosa da asma da criança, considerando as propostas de alteração ao Consenso Internacional sobre Asma Infantil, anteriormente sugeridas.

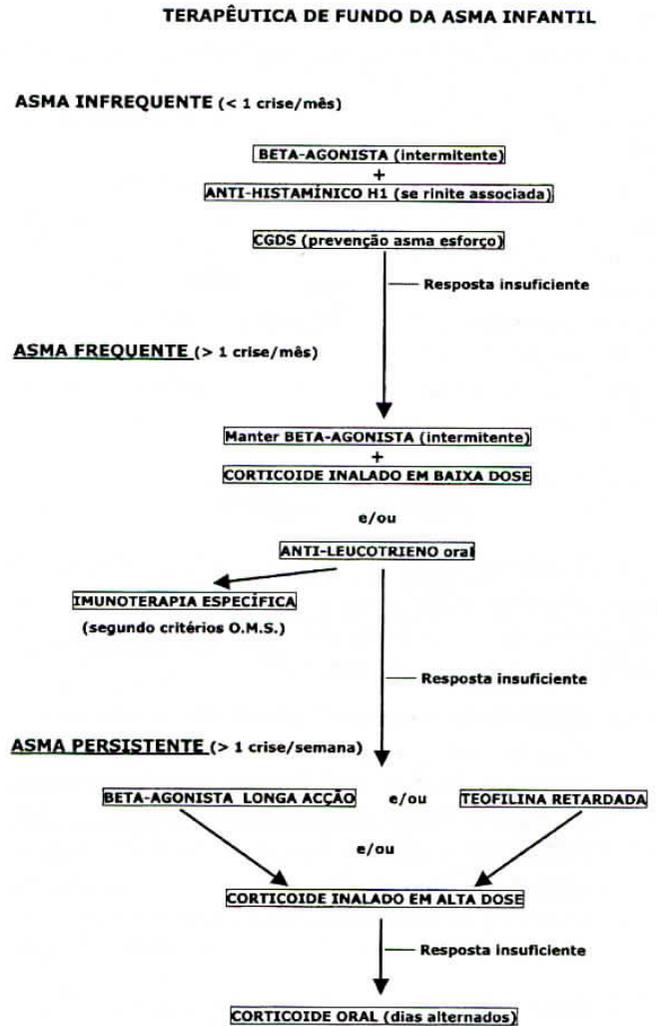


Fig. 1 – Algoritmo da terapêutica medicamentosa de fundo da asma infantil.