

### FACTORS ASSOCIATED WITH ASTHMA EXACERBATIONS DURING A LONG-TERM CLINICAL TRIAL OF CONTROLLER MEDICATION IN CHILDREN.

Ronina A. Covar, MD, Stanley J et al for the Childhood Asthma Research and Education Network.

*J Allergy Clin Immunol 2008;122:741-7.*

**Introdução** – O *Pediatric Asthma Controller Trial* (PACT) foi um estudo com duração de um ano realizado com o objectivo de avaliar a eficácia e segurança de três regimes de tratamento em crianças com asma persistente ligeira a moderada. A presente publicação centra-se essencialmente na análise dos factores relacionados com as exacerbações.

**Métodos** – Estudo randomizado, em dupla ocultação, com 3 braços paralelos. Foram incluídas 285 crianças entre os 6 e os 14 anos, com asma persistente ligeira a moderada. Os regimes de tratamento comparados foram: fluticasona 100mcg bid; fluticasona 100mcg de manhã associado a salmeterol 50mcg bid (combinação PACT); montelucaste 5mg/dia.

**Resultados** – Ocorreram 231 exacerbações em 48% dos participantes. A ocorrência, no ano anterior, de exacerbação necessitando de corticoterapia, foi um factor de risco significativo. A percentagem de crianças com pelo menos uma exacerbação durante o estudo foi superior no grupo do montelucaste (56%) e na combinação PACT (51%) e menor no grupo da fluticasona (39%). O risco de exacerbação no grupo tratado com montelucaste foi significativamente superior ao da fluticasona em monoterapia. A necessidade de recurso à urgência também foi maior nos

grupos do montelucaste (n=26) e da combinação PACT (n=28) do que no da fluticasona (n=10). A monitorização diária de sintomas, uso de salbutamol e monitorização de PEF apresentaram um baixo valor preditivo positivo e negativo em relação à ocorrência de exacerbação.

**Discussão** – Este estudo revelou alguns factores importantes relacionados com ocorrência de exacerbação em crianças com asma ligeira a moderada. De entre os factores individuais, o mais significativo foi a história de exacerbação no ano anterior. O regime terapêutico mais favorável em termos de prevenção das exacerbações foi a corticoterapia inalada, pelo que os autores preconizam que o tratamento de escolha nas crianças com asma persistente, ligeira a moderada, deve ser o corticóide inalado em baixa dose em duas administrações diárias. Não foram identificados factores que permitam prever com segurança a aproximação de uma exacerbação com mais de um dia de antecedência.

**Comentários** – O advento da corticoterapia inalada foi uma verdadeira revolução no tratamento da asma brônquica. No entanto, persistem alguns receios quanto aos seus potenciais efeitos secundários, especialmente em idade pediátrica. O montelucaste veio ampliar com considerável benefício o arsenal terapêutico e apresenta um perfil de segurança que torna a sua utilização extremamente atractiva. No início dirigido em especial para a asma induzida pelo exercício, tem vindo a alargar progressivamente o leque das suas indicações. Recentemente, surge em recomendações de consenso como alternativa à corticoterapia inalada na asma persistente ligeira. No entanto, não podemos descuidar a necessidade de avaliar com rigor a sua eficácia comparativamente com a dos corticóides inalados. Este trabalho vem alertar para esse facto, ao verificar que as crianças tratadas

ao logo de um ano com montelucaste em monoterapia apresentaram um risco de exacerbação significativamente superior ao das tratadas com fluticasona. É um trabalho bem desenhado, que vale a pena ler e que apela à necessidade de manter um espírito atento e crítico face às recomendações emanadas dos grupos de consenso.

Sara Prates

### PARENTAL FOOD ALLERGY INFORMATION NEEDS: A QUALITATIVE STUDY.

Hu W, Grbich C, Kemp A.

*Arch Dis Child* 2007; 92:77-5

**Introdução** – A educação dos familiares directos, bem como dos membros que lidam de perto com uma criança com alergia alimentar, é um ponto fulcral na abordagem deste tipo de patologia. Embora existam lacunas documentadas na educação parental, resultantes de falha de transmissão de informação por parte do médico assistente, pouco se sabe acerca das preferências parentais quanto ao conteúdo da informação e forma de transmissão.

**Objectivos** – Este trabalho tem como objectivos avaliar a necessidade de informação sobre alergia alimentar por pais de crianças alérgicas e as suas preferências quanto à forma de transmissão dessa mesma informação.

**Métodos** – Foi realizado um estudo qualitativo, com entrevista detalhada semiestruturada e grupo focal de discussões. Os dados foram gravados em áudio, transcritos na íntegra e analisados utilizando o método comparativo constante, com auxílio de *software* de análise qualitativa.

**Resultados** – Participaram no estudo 84 pais de crianças com alergia alimentar (idade média de 5,1 anos; 59% alérgicos a mais do que um alimento e 42% com história de anafilaxia), recrutados de três clínicas de alergia pediátrica da Austrália. A maioria dos participantes foram mães (82%), com idades entre 23 e 55 anos (média de 37,9 anos).

Os pais relataram três fases diferentes de necessidade de informações: no diagnóstico, no seguimento e na prevenção de novos eventos.

Na primeira fase, os pais enfrentam um período de descrença e sofrimento em relação à gravidade da alergia, acompanhados de desejo intenso por informações.

Na segunda fase, os pais queriam saber sobre o estado actual da alergia da criança, descobertas científicas recentes, novos produtos alimentares e se estavam a controlar a alergia da criança com nível adequado de preocupação e vigilância.

Na terceira fase, os pais levantaram questões acerca da educação de professores e cuidadores, procedimentos em caso de reacções agudas e como assegurar o fornecimento de uma refeição segura, particularmente se o pai/mãe não estiverem presente.

Quanto ao conteúdo das informações, os pais demonstraram a necessidade de saber a fundamentação científica da opinião do médico em relação à alergia da criança e o tratamento recomendado. Também focaram a importância das informações médicas e conselhos práticos em relação ao tratamento diário (ex.: utilização do dispositivo de adrenalina, como reconhecer reacções alérgicas), orientações práticas de exclusão do(s) alimento(s) em causa e como educar a criança.

O formato de transmissão da informação mais preferido foi o impresso, mas 87% dos pais procuraram informações na Internet. O fornecimento de informação insuficiente foi citado como a principal razão para a procura de uma segunda opinião.

**Conclusões** – Os autores concluem que a necessidade de informação dos pais de crianças com alergias alimentares não é atingida. Os resultados podem auxiliar no desenvolvimento e na implementação de estratégias educacionais que possam atender às necessidades e preferências dos pais.

**Comentários** – Este estudo realça o dilema persistente dos pais entre a manutenção de uma vigilância permanente, de modo a manter um ambiente seguro para a criança, sem prejudicar esta no seu bem-estar nutricional e emocional. Também realça e recorda a necessidade de

uma monitorização constante do conteúdo e dos métodos utilizados na educação do doente, avaliar o seu grau de satisfação e de responder às sugestões para melhorar a abordagem terapêutica.

*Carmen Botelho*

## ORAL DESENSITIZATION IN CHILDREN WITH COW'S MILK ALLERGY

L Zapatero, E Alonso, V Fuentes, M Martínez.

*Journal of Investigational Allergology and Clinical Immunology* 2008;18(5) 389-403.

**Introdução** – O tratamento actual da alergia alimentar é a evicção do alimento responsável da dieta. Nos últimos anos, foram publicados estudos que propunham a dessensibilização ou indução de tolerância como um tratamento alternativo, em doentes que não alcançaram a tolerância de forma espontânea.

Neste trabalho os autores apresentam um protocolo de dessensibilização ao leite de vaca realizado de forma ambulatoria com 9-10 semanas de duração.

**Métodos** – Foram incluídos 18 crianças com mais de 4 anos e alergia às proteínas de leite de vaca (PLV), confirmada com provocação oral. Seguiram um protocolo de dessensibilização iniciando por dose de 0,005 ml de leite, alcançando-se no primeiro dia 1 ml e com aumento da dose semanalmente até tolerar 200-250 ml numa toma diária.

**Resultados** – No final do protocolo, 16 dos 18 doentes alcançaram a tolerância de 200-250 ml em uma toma diária, tendo a duração mediana do procedimento sido de 14 semanas, um doente abandonou por sintomas repetidos com 2 ml e outro chegou a tolerar 40 ml diários de leite. Durante o procedimento, 11 crianças (68,75%) apresentaram sintomas, geralmente leves que prolongaram a duração do protocolo. Os 16 doentes que finalizaram continuam a tolerar o leite.

**Conclusão** – Conseguiram tolerância a leite de vaca 16 dos 18 doentes incluídos no estudo. Um doente só tolerou 40 ml, o que contudo já previne o risco de reacções por toma inadvertida do alimento.

Os autores consideram que a dessensibilização ou a indução de tolerância é um tratamento eficaz e razoavelmente seguro. Crêem que é exequível oferecer esta possibilidade terapêutica a crianças com mais de 4 ou 5 anos que não alcançaram a tolerância de forma espontânea. O protocolo não foi considerado desagradável para os doentes (crianças e pais).

**Comentários** – A dificuldade de realizar uma eliminação estrita do alimento e o risco de reacção está a impulsionar a investigação de novas alternativas terapêuticas para o controlo da alergia alimentar. O tratamento de dessensibilização ao leite de vaca está a impor-se cada vez mais como alternativa terapêutica à evicção clássica, em crianças alérgicas às PLV, mesmo só conseguindo tolerância a doses baixas mas evitando assim o risco de reacções graves por contacto acidental, o que representa um benefício para o doente e família.

Este é um dos vários trabalhos publicados no último ano nesta área, propondo um protocolo “seguro e eficaz”, segundo os autores.

Uma constante em todos os trabalhos é que numa maior ou menor percentagem de doentes a indução de tolerância não é eficaz; também não tem sido possível prever, no início dos procedimentos, que doentes chegarão a tolerar ou não, e se esta tolerância alcançada será transitória ou definitiva. Estão a decorrer estudos na procura de “indicadores” que possam estar relacionados com o êxito ou o fracasso desta indução.

Nos doentes alérgicos a PLV, o grau de sensibilização clínica e o risco de reacções graves por ingestão de pequenas quantidades de leite parece aumentar com o decorrer do tempo: sendo assim, atrasar a indução de tolerância oral pode agravar os resultados e torná-la “menos segura e eficaz”. Alguns autores propõem iniciar o mais precocemente possível esta alternativa terapêutica, melhorando assim a qualidade de vida do doente e da família.

*Elisa Marino*