

ALERGIA EM PESSOAS IDOSAS



João Bosco de Magalhães Rios
Lian Pontes de Carvalho
Maria de Fátima E. Emerson

João Bosco de Magalhães Rios

Lian Pontes de Carvalho

Maria de Fátima E. Emerson

Alergia em pessoas idosas

Alergistas Coligados

Copyright © 2017 dos autores
Todos os direitos desta edição reservados aos autores

Capa, projeto gráfico e editoração
Carlota Rios

Ilustrações
Marcelo Tibúrcio Vanni

Catálogo na fonte
Ficha elaborada pelo Bibliotecário Rutionio J.F.de Sant'Anna, CRB-7/2968

616.97 Rios, João Bosco de Magalhães
R586 Alergia em pessoas idosas / João Bosco de Magalhães
Rios, Lian Pontes de Carvalho, Maria de Fátima E. Emerson.
Rio de Janeiro : Alergistas Coligados, 2017.
98 p.: il.; 23cm.

ISBN : 978-85-93505-00-3

1. Alergia. 2. Idosos – Doenças. I. Carvalho, Lian Pontes de.
II. Emerson, Maria de Fátima E. III. Título

2017
Clínica de Alergia da Policlínica Geral do Rio de Janeiro
Av. Nilo Peçanha 38, Sobreloja
Centro - Rio de Janeiro
Tel. (21) 2210-2810
www.blogdalergia.com.br

AUTORES

João Bosco de Magalhães Rios

Diretor da Clínica de Alergia da Policlínica Gral do Rio de Janeiro

Doutorado em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro

Professor Convidado do Curso Pós-Graduação em Alergia e Imunologia da Faculdade de Medicina de Petrópolis FMP-FASE

Lian Pontes de Carvalho

Médico do Staff da Clínica de Alergia da Policlínica Gral do Rio de Janeiro

Especialista em Alergia e Imunologia pela ASBAI e AMB

Professor Convidado do Curso Pós-Graduação em Alergia e Imunologia da Faculdade de Medicina de Petrópolis FMP-FASE

Maria de Fátima E. Emerson

Médica do Staff da Clínica de Alergia da Policlínica Gral do Rio de Janeiro

Especialista em Alergia e Imunologia pela ASBAI e AMB

Professora Convidada do Curso Pós-Graduação em Alergia e Imunologia da Faculdade de Medicina de Petrópolis FMP-FASE

COLABORADORES

Equipe Médica da Clínica de Alergia da Policlínica Geral do Rio de Janeiro

Dr. Alfredo Alves Neto

Dr. Emmanuel Antônio Pereira Reis
Martins

Dr^a Flávia Carvalho Loyola

Dr. José Leonardo Sardenberg

Dr. José Luiz de Magalhães Rios

Dr. Luiz Carlos Gondar Arcanjo

Dr^a Neide Maria de Macedo Freire Pereira

Dr. Nelson Guilherme Bastos Cordeiro

Dr. Silvio Lima Filho

Dr^a Tânia Maria Tavares Gonçalves

Dr^a Tatiana Lemos de Carvalho

SUMÁRIO

Prefácio	7
1. Rinite Alérgica	9
2. Asma	19
3. Tosse	31
4. Alergia nos Olhos	35
5. Coceira ou Prurido	39
6. Urticária, Angioedema e Dermografismo	45
7. Eczema de Contato ou Dermatite de Contato	59
8. Alergia a Medicamentos	73
9. Principais Medicamentos Usados para Tratar a Alergia em Idosos	85
Final	99

PREFÁCIO

Dados recentes do IBGE mostram que na cidade do Rio de Janeiro mais de um milhão de pessoas têm mais de sessenta anos, resultando numa proporção de um idoso para cada seis habitantes.

A ideia de escrever uma publicação sobre alergia para as pessoas idosas surgiu quando se constatou o aumento do atendimento desses pacientes na Clínica de Alergia da Policlínica Geral do Rio de Janeiro. Entre os fatores que contribuíram para este maior volume de pessoas a procura de tratamento, destacam-se a conscientização e capacitação da equipe médica e de seus auxiliares na acolhida, no atendimento carinhoso e cuidadoso para cada cliente.

O Blog da Alergia (www.blogdalergia.com.br), publicado desde 2006, mostra, também, um aumento crescente de dúvidas sobre doenças alérgicas relacionadas com a idade.

A carência de literatura especializada dirigida aos idosos inspirou a criação desta publicação onde aspectos clínicos são abordados com uma linguagem clara, acessível e com o máximo de informações sobre as doenças alérgicas.

O objetivo é auxiliar os pacientes idosos, seus familiares e cuidadores no controle da doença alérgica. Nossa certeza é que esta obra será de utilidade para todos, facilitando o alcance das medidas terapêuticas.

RINITE ALÉRGICA



Rinite é uma doença pouco valorizada, que parece simples e sem importância. Mas, a verdade é outra. O nariz é o sensor da qualidade do ar e o principal órgão alvo da alergia respiratória. Os sintomas repetidos e persistentes da rinite alérgica podem gerar novas doenças, afetar a qualidade de vida do idoso e prejudicar o sono, lazer e convívio social.

O QUE É RINITE ALÉRGICA

A rinite alérgica é definida como uma inflamação do revestimento interno do nariz (mucosa nasal). É uma das principais causas de consultas na Clínica de Alergia da Policlínica Geral do Rio de Janeiro com prevalência significativa em pacientes com mais de 60 anos de idade. Trata-se de uma doença de pouca gravidade, porém que interfere significativamente no bem estar de seu portador.

ALTERAÇÕES NAS VIAS RESPIRATÓRIAS SUPERIORES DEVIDO À IDADE

As alterações próprias do envelhecimento nas vias respiratórias superiores agravam os sintomas comuns da rinite. A mucosa comprometida favorece o sangramento nasal e facilita o aparecimento de infecções secundárias.

O aumento da secreção de muco espesso e consequente drenagem para traz do nariz faz com que haja uma agressão da mucosa da garganta, provocando pigarro persistente, rouquidão, ressecamento nasal, diminuição do olfato e tosse crônica, com prejuízo do sono e do repouso do paciente.

O conjunto destas alterações determina um prejuízo das funções das vias respiratórias superiores no idoso, mostrando que a rinite “não mata, mas maltrata”.

Tabela. 1- Características do envelhecimento nas vias respiratórias superiores

Redução do conteúdo hídrico da mucosa nasal, resultando em ressecamento das narinas.
Redução do fluxo sanguíneo nasal.
Atrofia das fibras colágenas do tecido de sustentação nasal associada ao enfraquecimento da cartilagem nasal, ocasionando maior colabamento das narinas.
Diminuição da função mucociliar responsável pela filtração do ar inspirado.
Aumento significativo do gotejamento pós-nasal com conseqüente ação irritativa sobre a mucosa de faringe, traquéia e brônquios.

PORQUE A RINITE APARECE

A rinite alérgica é provocada principalmente pela alergia aos ácaros da poeira domiciliar, epitélios de animais domésticos, mofo (fungos) e fragmentos de baratas. Pólenes de plantas e gramíneas são alérgenos importantes na região sul do Brasil.

Fatores não alérgicos como mudanças de tempo, odores ativos e fumaças também são importantes desencadeantes de crises de rinite em pacientes predispostos.

Além disso, em grandes cidades, muitas vezes ambientes poluídos e inadequados perpetuam a agressão respiratória.

É importante procurar a relação de causa-efeito entre as exposições a substâncias intradomiciliares e o aparecimento dos sintomas, assim como a participação de irritantes como fumaça de cigarro, poluentes ambientais, perfumes e desinfetantes. Mais raramente participam problemas de ordem emocional ou alimentos.

O ambiente domiciliar é muito importante nos idosos, porque o paciente nesta faixa etária permanece em casa ou no dormitório grande parte de seu tempo. É também de grande significado a história de alergia na família e relatos de outras doenças alérgicas no passado como eczema, conjuntivite e asma.

COMO A RINITE SE MANIFESTA

Os sintomas da rinite compreendem espirros repetidos, coriza abundante, entupimento e coceira nasal. À medida que o processo inflamatório alérgico piora compromete a mucosa de estruturas vizinhas, resultando em manifestações em olhos, ouvidos, seios da face, garganta e pulmões.

Os sintomas clássicos da rinite são então, coceira no nariz (prurido nasal), espirros (quase sempre espirros em salva, ou seja, vários seguidos), secreção aquosa (coriza) do tipo “clara de ovo” e entupimento nasal. De todos esses, o mais característico da alergia é a coceira no nariz.

Podem ocorrer também lacrimejamento e coceira nos olhos, céu da boca, ouvidos e garganta. É comum a sensação de corrimento de secreção pela parte de trás do nariz para a garganta, conhecido pelo nome de gotejamento pós-nasal, que pode provocar pigarro ou tosse insistente.

A rinite alérgica se acompanha de uma inflamação na cavidade interna do nariz, cuja mucosa fica pálida, inchada e úmida, com secreção aquosa ou espessa.

A coceira no nariz, assim como os espirros, são mecanismos de defesa que procuram expelir o “corpo estranho nasal” que no caso é a inchação ou a secreção.

Nas manifestações mais intensas e demoradas de rinite, a secreção pode se modificar e tornar-se pegajosa, espessa e amarelada, principalmente quando ocorre infecção secundária no nariz e nos seios da face.

DOENÇAS ASSOCIADAS À RINITE ALÉRGICA

Asma brônquica

Cerca de 30% dos pacientes com rinite podem ter asma concomitante, enquanto que 80% dos asmáticos podem ter rinite. Não é incomum que um paciente que tenha apresentado asma na infância, mantendo sintomas nasais por longos anos, volte a apresentar episódios asmáticos após os 60 anos. Como a rinite e a sinusite (rinossinusite) são significativos fatores desencadeantes de asma, o controle efetivo dos sintomas das vias aéreas superiores é condição importante para prevenção de crises de asma.

Conjuntivite alérgica

Sintomas recorrentes de conjuntivite como lacrimejamento, coceira e vermelhidão nos olhos são achados clínicos frequentes entre os idosos portadores de rinite alérgica.

Tosse crônica

Episódios recorrentes de tosse predominantemente noturnos ou matutinos podem ser causados e desencadeados pela drenagem da secreção pós-nasal durante o sono.

Sinusite alérgica

Os seios da face são um conjunto de cavidades ósseas localizadas próximas ao nariz, sendo uma de suas funções auxiliar o nariz no trabalho de filtração, umedecimento e aquecimento do ar que se respira. Chama-se de sinusite a inflamação desses seios da face.

A presença de sintomas de sinusite é achado frequente nas rinites alérgicas.

Os seios da face são revestidos da mesma mucosa que recobre internamente o nariz que, ao tornar-se inflamada, obstrui os orifícios de comunicação entre o nariz e estes seios, retendo a secreção e provocando os sintomas de dor de cabeça, peso facial, congestão e secreção nasal. No entanto, muitas vezes, a tosse que piora à noite é o sintoma mais importante.

A sinusite pode piorar a rinite ou provocar complicações como infecções nos olhos, pulmões e até crises de asma. Por isso é tão importante que seja detectada e tratada adequadamente.

Otite

A obstrução do conduto que liga o nariz ao ouvido e consequente acúmulo de secreção, torna o paciente mais suscetível ao aparecimento de otite, muitas vezes acompanhada da diminuição da audição.

Distúrbios do sono

Roncos, despertares noturnos, dificuldades respiratórias e interferência no sono desencadeados pela obstrução nasal crônica, podem acarretar sonolência diurna, alterações de humor, dificuldade de concentração e até mesmo aumento da pressão arterial, resultando em impacto negativo na qualidade de vida do idoso.

Alterações de paladar e olfato

A rinite alérgica muitas vezes provoca alteração na mucosa nasal, podendo determinar diminuição do paladar e do olfato.

Pólipos nasais

Em alguns portadores de rinite alérgica crônica, a inflamação repetida da mucosa faz com apareçam os chamados pólipos nasais (crescimento da mucosa). Os pólipos provocam obstrução intensa e permanente, merecendo tratamento especial. Há um tipo de hipersensibilidade à aspirina que se caracteriza pela formação de pólipos e asma grave.

OUTROS TIPOS DE RINITE NO IDOSO

Rinite não alérgica

Este tipo de rinite, anteriormente conhecida como rinite vasomotora ou idiopática, resulta da reação dos vasos sanguíneos da mucosa a fatores nem alérgicos nem infecciosos, tais como ar frio, mudanças de temperatura, umidade, emoções fortes e bebidas alcoólicas. Os sintomas podem ser semelhantes aos da alergia, com destaque para a obstrução nasal. Não ocorre participação dos inalantes e a sensibilidade aos fatores citados é intensa e muito mais nítida.

Rinite Infecciosa

É causada por germes como bactérias ou vírus. O exemplo mais comum é o das gripes e resfriados.

As gripes e resfriados são desencadeados por vírus e ocorrem apenas algumas vezes ao ano, sendo transmitidas por contágio, comprometendo várias outras pessoas numa mesma época. A rinite alérgica é individual e relaciona-se com a exposição à poeira, mofo, outras substâncias inaladas ou mesmo com mudanças de tempo.

Rinite irritativa

É provocada pela participação de fatores irritantes da mucosa nasal como fumaça de cigarro, produtos químicos, odores ativos entre outros, sem mecanismo alérgico comprovado. Os sintomas principais são obstrução e ressecamento nasal, formação de crostas e sangramento nasal recorrente.

Rinite gustatória

Este tipo de rinite, comum nos idosos, caracteriza-se por corrimento nasal abundante durante a ingestão de alimentos quentes, condimentados ou álcool.

Rinite atrófica

Resulta da atrofia (redução) do revestimento mucoso nasal, podendo determinar perfuração do septo sem causa aparente ou ser secundária à complicação pós cirúrgica. Pode ocorrer colonização por micróbios. A secreção nasal tem aspecto amarelado ou esverdeado, exalando odor desagradável. As condições hormonais da menopausa podem constituir fator predisponente para o aparecimento da rinite atrófica em mulheres idosas.

Rinite medicamentosa

É um quadro extremamente importante entre as rinites. É provocada pela atuação de medicamentos na mucosa nasal. Os sintomas iniciais, principalmente entupimento, podem surgir por alergia ou resfriado. Na tentativa de promover a desobstrução, o paciente emprega medicamentos vasoconstritores (gotas nasais) que determinam a constrição dos vasos da mucosa proporcionando alívio imediato. Entretanto, com o uso repetido, aparece uma dependência da mucosa à ação destes vasoconstritores, além de uma dependência psíquica importante.

Nesta *rinite por gotas nasais*, estabelece-se um ciclo vicioso significativo: alívio do entupimento pelas gotas vasoconstritoras e a medicação agravando a obstrução por irritação. Com o tempo e o uso reiterado, ocorre um comprometimento da mucosa nasal, com perda de suas funções fisiológicas e até diminuição do olfato. Além disso, seu uso continuado pode provocar batimento acelerado do coração (taquicardia) e aumento da pressão arterial.

Outro tipo de rinite medicamentosa é a obstrução nasal provocada pelo emprego de certos medicamentos para pressão alta e para o coração (reserpina, metildopa, inibidores da ECA, beta-bloqueadores tópicos e sistêmicos e prazosina).

Medicamentos como ácido acetilsalicílico (aspirina), clorpromazina e drogas ilícitas como a cocaína, também podem causar rinite obstrutiva.

CONTROLE DA RINITE E RINOSSINUSITE ALÉRGICA

Medicação para os Sintomas

No paciente idoso é necessário levar em conta a presença de outras doenças concomitantes, alterações do metabolismo próprias do envelhecimento e interações medicamentosas (uso de vários remédios).

A rinite é um grande campo de atuação dos anti-histamínicos. Estes fármacos controlam de forma eficaz a coceira nasal e ocular, espirros e coriza, porém têm pouco efeito sobre a obstrução. Nos pacientes idosos são mais indicados os anti-histamínicos mais modernos, pois são mais seguros e não provocam sonolência, reservando-se os mais antigos para o período noturno.

Eventualmente, a critério médico, será necessário utilizar por curto período, corticosteróides orais para reversão do bloqueio nasal.

A prescrição de descongestionantes contendo pseudoefedrina deve ser cautelosa devido ao risco de reações adversas cardiovasculares, no sistema nervoso central e mesmo retenção urinária nos portadores de hipertrofia da próstata. Estes medicamentos também devem ser evitados em pessoas com glaucoma, hipertensão arterial, diabetes e hipotireoidismo.

É importante frisar que vários pacientes tendem a buscar alívio imediato com o uso de vasoconstritores tópicos (gotas nasais). Estes medicamentos devem ser evitados, em função do alto risco de efeitos adversos locais ou à distância além do desencadeamento de rinite medicamentosa como descrito anteriormente.

O uso de solução fisiológica é indicado para lavar, drenar secreções e umidificar as narinas.

Medicação Preventiva (anti-inflamatória)

A abordagem terapêutica da inflamação crônica, evento central na rinite alérgica, é feita com o emprego de corticosteroides tópicos intranasais (cortisona em *spray* nasal). Estes medicamentos são eficazes no controle dos sintomas. Contudo a indicação dos corticoides é prerrogativa do médico assistente.

Os efeitos adversos são incomuns e predominantemente locais como irritação, sangramento, espirros, ressecamento, ardência e muito raramente até perfuração do septo nasal.

Estes medicamentos *são* formulados em doses mínimas (microgramas) permitindo seu uso prolongado sem prejuízo da saúde.

Outras opções de tratamento incluem cromoglicato dissódico, anticolinérgicos como o brometo de ipratrópio e o montelucaste a critério médico.

PREVENÇÃO E CONTROLE DE AMBIENTE

A prevenção da rinite alérgica na terceira idade está apoiada em três pilares fundamentais:

- Controle dos ácaros da poeira domiciliar e de outros fatores desencadeantes.
- Controle do mecanismo alérgico, através da imunoterapia específica (vacinas).
- Esclarecimento do paciente, sua família e cuidadores

MEDIDAS DE CONTROLE DE AMBIENTE

Medidas simples de controle ambiental na casa, em especial no quarto de dormir podem resultar em grandes benefícios, ainda mais no caso dos idosos que permanecem maior tempo no ambiente domiciliar. Quanto mais bem feita for a profilaxia ambiental, melhores os resultados, menos remédios, menos vacinas!

A proteção do colchão e travesseiro com tecidos impermeáveis juntamente com a lavagem das roupas de cama (lençóis e fronhas) com água aquecida (> 60° C) uma vez por semana diminuem de modo substancial o número de ácaros do dormitório. As principais medidas de controle ambiental são:

- Manter a casa arejada e ensolarada.
- Arejar e manter limpo o quarto de dormir.
- Retirar carpetes e tapetes do dormitório.

- Usar cortinas leves e laváveis.
- Evitar o uso de produtos de limpeza com cheiro forte.
- Limpar os pisos com pano úmido.
- Evitar animais domésticos de pelo ou penas.
- Evitar fumaça de cigarro.

Imunoterapia

A imunoterapia específica com ácaros e outros alérgenos está indicada nos casos onde a participação da alergia for comprovada e na dependência das características de cada paciente. Trata-se de terapêutica eficaz e segura quando realizada sob orientação do especialista. A idade, isoladamente, não deve impedir a utilização desta importante arma terapêutica, única capaz de atuar diretamente sobre as causas da doença.

Participação no tratamento

- *É necessário que o paciente compreenda a natureza da rinite, aceitar que é uma doença crônica e que deve ser tratada não apenas nos momentos de piora, mas de forma preventiva, mesmo quando se está sem sintomas.*
- Os pacientes e seus familiares e cuidadores devem observar as medidas profiláticas e evitar tabagismo, perfumes ou produtos de odor ativo, incensos, entre outros.
- Procurar saber o que fazer no caso de uma crise. Lembrar que aprender a manejar a própria doença não significa que pode automedicar-se.
- Horários de trabalho, estudo e outras atividades, devem ser respeitados em relação aos medicamentos que provoquem efeitos colaterais, como por exemplo, a sonolência.
- Relatar ao médico assistente se é portador de outras doenças para evitar interferências prejudiciais ao tratamento.
- O paciente alérgico bem orientado pode ter uma vida normal, sem grandes restrições, desde que orientado pelo médico especialista.

ASMA



Asma, asma brônquica, bronquite alérgica e bronquite asmática, são denominações comuns para esta doença que compromete as vias respiratórias inferiores. Mesmo uma “asma discreta” deve ser tratada, para o bem estar do seu portador e para afastar o risco de complicações.

O QUE É A ASMA

Asma é uma doença que se manifesta por crises de “falta de ar”, “chiado no peito” e tosse, sintomas determinados por uma inflamação demorada (crônica) e persistente das vias respiratórias.

A asma compromete cerca de 10% da população sendo que nos idosos é bastante frequente, a despeito do mito de que a asma “cura com a idade”.

ALTERAÇÕES PULMONARES DEVIDO À IDADE

Os pulmões têm uma capacidade respiratória plena, que vai se reduzindo após os 60 anos, mesmo em indivíduos com boa saúde. A idade não é o único fator responsável pelo declínio das funções pulmonares sendo também importantes a poluição ambiental, exposição a poeiras e fumo, agentes infecciosos e diferentes enfermidades. Ao mesmo tempo, a idade afeta o sistema imunológico, comprometendo a defesa dos pulmões, assim como de todo o organismo.

COMO A ASMA SE MANIFESTA

Durante a crise, ocorre uma inchação (inflamação e edema) na parede (mucosa) que reveste os brônquios e bronquíolos, que são pequenos tubos de entrada e saída de ar dos pulmões. Esta mucosa possui inúmeras glândulas que produzem o muco e na crise passam a produzir um excesso de secreção. Os brônquios apresentam ainda fibras musculares em suas paredes que se contraem (broncoespasmo) durante as crises. Estes três fatores: inchação, excesso de secreção e broncoespasmo, levam a um estreitamento das vias de passagem do ar e consequente redução do ar respirado. O paciente então tem a **sensação de falta de ar** (dispnéia).

A passagem do ar nos canalículos pulmonares estreitados provoca um som semelhante a um assobio (sibilo). Com a presença de secreção nestes brônquios, produz-se outro som especial, um borbulhamento feito de pequenos roncos - **chiado no peito**.

Ao mesmo tempo surge a **tosse** que é uma reação reflexa do organismo na tentativa de expulsar secreções das vias respiratórias.

No paciente com asma, a inflamação da mucosa além de outros fatores provoca um estado de hiperreatividade brônquica, o que faz com que os brônquios e bronquíolos estejam constantemente instáveis, com tendência à contração e à diminuição de calibre frente a qualquer estímulo e vulneráveis a vários fatores, como ácaros, mofo, frio, umidade etc.

A repetição das crises, com o passar do tempo, pode resultar no chamado remodelamento brônquico, que amplifica a hiperreatividade e agrava o componente obstrutivo permanente da asma.

As crises de asma podem variar desde uma leve sensação de cansaço até sufocação grave. Como a asma é uma doença dinâmica, pode se manifestar de modo diferente num mesmo paciente, ora de forma discreta e controlada, ora grave e, sob certas circunstâncias, evoluindo rapidamente para uma crise descompensada.

TIPOS DE ASMA NOS IDOSOS

- Asma que se iniciou na infância e permanece até a idade provecta.
- Asma desde a idade jovem, que ressurgue na senilidade.
- Asma como um evento novo na idade avançada, surgindo após os 60 ou 65 anos de idade.

FATORES DESENCADEANTES DA ASMA

Vários fatores podem desencadear os episódios asmáticos e entre eles se destacam:

Inalantes ambientais

É comprovado que os ácaros da poeira de casa participam como agentes desencadeantes dos sintomas em cerca de 80% de todos os asmáticos.

O padrão mais frequente da asma por inalantes se caracteriza por crises repetidas nos meses de inverno, com aparecimento predominante noturno. Começam comumente com tosse seca e chiado. O catarro, quando existe, é do tipo “clara de ovo”.

Na asma por inalantes é comum a associação com rinite.

Alimentos

A possibilidade de alimentos ingeridos provocarem reações nas vias respiratórias é questionada por muitos autores e supervalorizada por outros. A experiência clínica mostra que os alimentos raramente provocam asma em idosos.

Medicamentos

A participação de alguns medicamentos precisa ser lembrada em idosos. Em cerca de 10% dos asmáticos existe a possibilidade de sensibilidade a analgésicos, em especial ao ácido acetilsalicílico (aspirina), ou outros anti-inflamatórios. Em geral provocam crises intensas, de longa duração, podendo se associar com sinusite e polipose nasosinusal.

Outros medicamentos como os betabloqueadores e os inibidores da ECA são capazes de desencadear episódios de asma em pessoas predispostas.

Eventualmente aditivos conservadores de alimentos e medicamentos, como os sulfitos, são capazes de agravar a asma.

Infecções

As infecções das vias respiratórias por processos virais, como gripes e resfriados, podem ser causas de asma e desencadeantes (“gatilhos”) de crises. As infecções bacterianas, por sua vez, atuam mais como agravantes, piorando a inflamação dos brônquios.

Uma crise de asma que não melhora com medicações antiasmáticas habituais, pode ser devida a uma infecção.

Refluxo gastroesofágico

Refluxo gastroesofágico é o retorno de alimento do estômago para o esôfago. Contudo, pode provocar crises de asma intensas, súbitas e de aparecimento durante a noite. Os idosos referem acordar no meio da noite com sensação de sufocação, tosse, seguida de falta de ar e chiado.

Alguns pacientes com refluxo apresentam sintomas gástricos, tais como azia, sensação de estômago cheio, arrotos, dor e queimação no peito. Em outros, o refluxo não se acompanha de sintomas digestivos, sendo denominado de “refluxo silencioso”.

Exercícios físicos

Pessoas idosas podem se queixar de falta de ar e chiado após esforço físico intempestivo como uma corrida súbita, subir escadas, praticar esportes, entre outros, apresentando a chamada asma por exercício.

Fatores ocupacionais

Os sintomas de asma podem estar relacionados com a ocupação ou ambiente de trabalho. A diminuição dos sintomas nos períodos de férias ou feriados, ou a piora com o retorno ao ambiente profissional, apontam para a possibilidade de asma ocupacional.

Fatores emocionais

Os fatores emocionais não são a causa da asma, mas podem ser importantes desencadeantes ou agravantes de crises. Por outro lado, o sofrimento acarretado pelas crises e internações, influi no psiquismo do idoso.

Agentes irritantes

Partículas minúsculas levadas pelo ar respirado podem desencadear crises de asma ou piorar os sintomas já existentes.

Poluição atmosférica, fumaças, gases de escapamento de carros, fuligens, poeiras industriais, serragens, perfumes, ceras, tintas e odores ativos podem atuar causando crises por irritação da mucosa respiratória em pacientes já asmáticos.

Em ambientes fechados, a causa mais importante de irritação das vias respiratórias é a inalação ativa ou passiva de fumaça de cigarros.

Fatores climáticos

As mudanças de tempo influenciam os quadros alérgicos respiratórios por razões variadas:

- Ação irritante do frio e umidade sobre a mucosa respiratória;
- Ação sobre o sistema nervoso de regulação da temperatura do corpo;
- Favorecimento de infecções virais;
- Aumento da quantidade de mofo e ácaros, tornando a poeira mais alergizante;
- Modificação das condições de vida mantendo os idosos em casa, agasalhados, em contato íntimo com a poeira domiciliar.

DOENÇAS ASSOCIADAS

Bronquite crônica

A doença que mais se confunde com a asma é a bronquite crônica.

A pergunta mais comum ao médico é: — Doutor, afinal, tenho bronquite ou asma? Na verdade, asma brônquica e bronquite crônica são doenças distintas. Em nosso meio, é comum as pessoas designarem outros termos para asma como: bronquite alérgica, bronquite asmática ou simplesmente bronquite, que passam a definir a mesma doença.

A bronquite crônica faz parte do grupo das doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC). Não tem mecanismo alérgico e manifesta-se com episódios repetidos de tosse. A causa principal é o tabagismo. Outros fatores são o ar poluído, gases químicos irritantes e infecções repetidas das vias respiratórias por bactérias ou vírus, que são também os principais agentes contaminantes. Conferem ao catarro as características de infecção crônica: secreção espessa, aderente, amarela ou esverdeada.

Enfisema pulmonar

O enfisema pulmonar é também uma DPOC, caracterizada pela destruição da estrutura pulmonar e redução da capacidade respiratória em consequência da agressão contínua ou repetida dos pulmões. Pode ser confundida com asma, pois os pacientes também têm falta de ar, tosse, cansaço e até mesmo chiado.

Existe uma relação causal entre o enfisema e gases industriais poluidores da atmosfera nas grandes cidades, infecções bacterianas e principalmente com o hábito de fumar.

Asma cardíaca

A asma cardíaca se apresenta por crises agudas de falta de ar geralmente à noite, muitas vezes confundida com a asma brônquica. Na verdade, estes pacientes sofrem do coração (insuficiência cardíaca), têm pressão arterial alta e batimentos cardíacos alterados. Exames cardiológicos especializados poderão diferenciar as duas entidades.

CONTROLE DA ASMA

O tratamento adequado é fundamental para o controle da asma.

O equacionamento das crises e dos fatores desencadeantes, bem como a redução da inflamação brônquica, controlam a doença e melhoram a qualidade de vida do idoso com asma.

MEDIDAS PREVENTIVAS

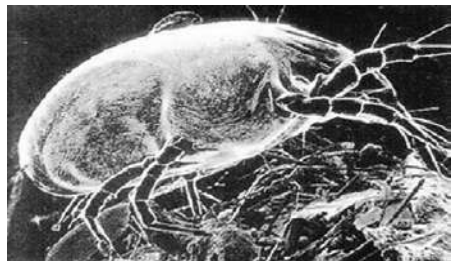
A inflamação dos brônquios persiste mesmo fora dos períodos de crises de asma. Por isso é importante que o tratamento, incluindo o controle ambiental, seja mantido mesmo na ausência de sintomas.

Ácaros da poeira domiciliar

O ácaro é um “inseto” minúsculo, semitransparente, só visível com auxílio de um microscópio.

Entre as diversas espécies encontradas no Brasil, destacam-se os “*Dermatophagoides pteronyssinus*”, “*Dermatophagoides farinae*” e “*Blomia tropicalis*”.

Alimentam-se de descamação de pele humana e restos de alimentos. Encontram-se principalmente na poeira acumulada da casa que pode conter centenas de ácaros em apenas uma grama. Localizam-se preferentemente nos tapetes, cortinas, colchões, travesseiros e estofados de tecido.



Os ácaros desenvolvem-se melhor em clima úmido e frio, predominante no Brasil de maio a outubro. Por isso os alérgicos costumam piorar no inverno.

As crises de alergia respiratória são causadas pelos fragmentos dos corpos dos ácaros mortos e suas fezes, que com o tempo tornam-se um pó fino que, flutuando, penetra nas vias respiratórias.

Controle dos ácaros no domicílio

- Manter o quarto de dormir arejado e ensolarado. Evitar móveis e objetos desnecessários que possam juntar pó. As cortinas devem ser lavadas frequentemente.
- Conservar roupas, livros e objetos em armários de portas fechadas.
- Limpar a casa diariamente usando pano úmido. Periodicamente limpar estrado da cama e rodapés.
- Usar álcool para desinfetar superfícies.
- Remover tapetes e carpetes. Preferir pisos lisos e sem frestas.
- Não usar vassouras nem espanadores. Fazer a limpeza na ausência da pessoa alérgica. Se não for possível, recomenda-se uso de máscara protetora.
- Evitar desinfetantes, inseticidas e outros produtos com cheiros fortes.
- Combater o mofo, focos de infiltração e umidade. Evitar lidar com papéis, roupas e objetos, guardados por muito tempo.
- Usar colchões, travesseiros e almofadas de espuma e revestidos com capas impermeáveis antiácaros ou com plástico. A cama deve se possível ficar afastada da parede do quarto. Trocar o travesseiro por um novo, no início de cada inverno.
- Evitar roupas e cobertores de lã. Dar preferência aos edredons. Trocar todas as roupas de cama semanalmente.
- Usar agasalhos de malha, couro ou moletom.
- Evitar animais em casa.
- Lavar as roupas guardadas há muito tempo, antes do uso.

Outras Medidas Preventivas

INFECÇÕES VIRAIS (gripes, resfriados)

- Evitar contato com pessoas gripadas, na medida do possível.
- Evitar locais fechados e aglomerações.
- Tomar vacina antigripal anualmente.
- Vacina contra agentes causadores de pneumonia é indicada para idosos asmáticos.

EXERCÍCIOS FÍSICOS

A prática de atividade física é benéfica e deve ser feita com supervisão médica.

- Não deixar de fazer o exercício só porque tem asma.
- Fazer aquecimento antes do início do esforço.
- Idosos com asma desencadeada por exercício, se necessário, deverão fazer uso de medicação prévia.

FATORES IRRITANTES

- Não fumar, nem deixar que fumem junto a pessoa alérgica.
- Evitar sprays com “cheiros” ou “saches” no quarto de dormir.
- Evitar locais com intensa poluição atmosférica.
- Evitar produtos com odores ativos, tanto para uso pessoal como para limpeza da casa (desinfetantes, inseticidas, perfumes etc.).

TEMPERATURA AMBIENTAL

Sendo o Brasil um país tropical, muitas vezes será indispensável o uso de ventiladores e condicionadores de ar.

- Passar pano úmido semanalmente nas pás dos ventiladores.
- Os aparelhos de ar condicionado são úteis porque além de aliviar o calor, diminuem a umidade ambiental, contribuindo para a redução da quantidade de ácaros.
- Não se recomenda o uso de umidificadores, vaporizadores ou desumidificadores sem orientação médica.

MEDICAMENTOS

- Comunicar ao médico que assiste o paciente, se estiver fazendo uso de medicamentos que possam interferir com a asma, em especial o ácido acetilsalicílico, anti-inflamatórios, inibidores da ECA ou betabloqueadores (para controle da pressão arterial).
-

REFLUXO GASTROESOFÁGICO

- Não beber ou comer no espaço de duas horas antes de ir para cama.
 - Evitar alimentos condimentados, bebidas alcoólicas e derivados de caféina (chá, chocolate e bebidas tipo “cola”).
 - Alertar para sintomas como queimação no peito, azia, tosse noturna e sensação frequente de estômago cheio, que podem ser refluxo. Consultar o médico para tratamento apropriado.
 - Elevar a cabeceira da cama.
-

ALIMENTOS

O paciente com asma não necessita de dieta especial. Sua alimentação deve ser saudável e balanceada.

MEDICAÇÃO INALADA PARA ASMA

O tratamento atual da asma utiliza preferencialmente a medicação inalada, comprovadamente mais eficaz, atuação mais rápida, emprego de doses mínimas de medicamentos (microgramas) e com menores efeitos colaterais.

Os principais métodos inalatórios são:

- Aerossol ou spray (“bombinhas”)
 - Inaladores de pó seco
 - Nebulizadores
-

A técnica de uso dos inaladores deve ser cuidadosamente ensinada pelo médico e reavaliada em cada consulta. A escolha do dispositivo varia de acordo com as características e com a preferência de cada pessoa, já que, em tese, todos os dispositivos são eficazes quando usados de forma adequada.

CONDUTA NAS CRISES DE ASMA

- Em primeiro lugar, é importante que o paciente e cuidadores permaneçam calmos.
- Iniciar medicação de alívio já orientada pelo médico.
- Colocar o asmático em lugar tranquilo, procurando distraí-lo.
- Exercícios de relaxamento podem ser úteis.
- Telefonar para o médico e colocá-lo a par da situação.
- Observar a evolução da crise.
- Procurar saber a causa dessa crise e, sendo possível, afastar o motivo.
- Se não houver melhora, procurar atendimentos de emergência em pronto-socorro.

TOSSE



Tosse é um sintoma que pode acompanhar diversas doenças e nem sempre é causada por uma alergia. Para tratar a tosse é essencial definir sua causa, porque os xaropes não resolverão o problema se a causa não for detectada e controlada.

O QUE É TOSSE

A tosse é um recurso que o organismo lança mão para informar que alguma coisa “está fora de sintonia”. Por exemplo, a tosse aparece quando uma pessoa está resfriada, ou com um engasgo, ou quando tem algum comprometimento dos pulmões, do coração, ou até quando tem um problema do estômago. Isto é, como um aviso de que algo anormal está acontecendo.

A tosse incomoda a pessoa que tosse e também os familiares, o que pode levar ao uso exagerado de medicamentos, atrasando o tratamento médico adequado.

PORQUE A TOSSE APARECE

Os fatores que provocam tosse são variados, destacando-se:

- | | |
|--------------------|---|
| • resfriados | • refluxo de substâncias ácidas do estômago |
| • engasgos | • doenças cardiovasculares |
| • amigdalites | • processos cancerosos |
| • secreções nasais | |
| • sinusites | |

Estas considerações são pertinentes pois frente a episódios de tosse repetidos e resistentes aos variados xaropes e gotas antitussígenas torna-se necessário uma consulta a um profissional médico capaz de diagnosticar e tratar o paciente idoso tussidor.

PRINCIPAIS PADRÕES DE TOSSE

Uma vez que as causas da tosse são variadas, é possível didaticamente categorizar diversos tipos de tosse, em razão do fator predominante envolvido em cada caso:

Tosse provocada pelo gotejamento pós-nasal

Este tipo de tosse é frequente e decorre de secreções que escorrem do nariz e dos seios da face para a garganta, resultantes de diversas formas de rinite e sinusite.

Em idosos é frequente o acometimento de um tipo de tosse desencadeado e mantido pelo gotejamento repetido de secreção catarral abundante, espessa e contínua que adere à mucosa da faringe e da laringe. Esta tosse, originada por uma infecção viral e pode permanece por dias e até meses.

Tosse provocada pela asma

A tosse faz parte da sintomatologia comum da asma, associada à falta de ar e presença de chiado no peito. Entretanto, um grupo especial de pacientes pode ter apenas tosse, chamada “tosse variante asma”.

A tosse pode surgir em qualquer pessoa durante a crise de asma, precedendo, acompanhando ou sucedendo os demais sintomas da doença.

Todo idoso com tosse recorrente deve ser investigado para asma, já que a doença pode ficar escondida ou se confundir com outros problemas de saúde.

Tosse provocada pelo refluxo gastroesofágico

Refluxo gastroesofágico é uma das causas mais significativas de tosse crônica em idosos, mas na prática nem sempre identificado e valorizado.

Refluxo gastroesofágico é o resultado do retorno de fluidos estomacais para o esôfago, durante o processo da digestão. A mucosa que reveste o esôfago sofre a agressão ácida do conteúdo estomacal refluído, acionando receptores nervosos ali presentes, desencadeando a tosse. As crises costumam aparecer quando o paciente come exageradamente ou ingere bebidas gasosas e se deita logo após. Esta noção é muito importante porque de maneira geral os pacientes idosos ignoram esta relação “estômago, esôfago e tosse” demorando a procurar tratamento:

Tosse provocada por problemas cardíacos

Os distúrbios do sistema cardiocirculatório podem se acompanhar de tosse. Muito importante também é a participação de alguns medicamentos na provocação da tosse, como por exemplo, captopril ou similares, usados no tratamento da hipertensão arterial.

CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS

Estes diversos padrões de tosse mostram que esta manifestação nos idosos não é um problema banal controlado apenas por xaropes ou antitussígenos, mas é sobretudo um sinal de um comprometimento do organismo por fatores desencadeantes importantes capazes de comprometer a saúde dos pacientes.

No ensino dos médicos em especialização na Clínica de Alergia da PGRJ apresentamos um método de ordenação do raciocínio do equacionamento da causa da tosse prolongada em pacientes idosos, que chamamos de teoria da cruz (usada em orações):

No topo da cruz estão as causas de tosse derivadas do nariz, seios da face, cavidade da boca e garganta (gotejamento de secreção para a garganta). Na base da cruz situam-se os padecimentos do estômago e esôfago (refluxo gastroesofágico). No lado direito da cruz estão os padecimentos dos pulmões e de todo o sistema respiratório (bronquite, asma). No lado esquerdo da cruz destacam-se as doenças do coração (insuficiência cardíaca ou medicamentos para hipertensão).

Como visto até aqui, a tosse não deve ser encarada tão somente como um sintoma desagradável, mas pode ser um sinal importante de que alguma coisa está falha na saúde do idoso e que um tratamento médico mais abrangente precisa ser realizado.

CONTROLE DA TOSSE

O primeiro passo para o controle da tosse é a identificação das causas desencadeantes dos sintomas. Enquanto se aguarda esta identificação emprega-se medicação sedativa da tosse, anti-histamínicos e até corticosteroides a critério do médico assistente.

O PAPEL DOS FAMILIARES OU CUIDADORES

Medidas simples poderão ajudar no enfrentamento da tosse no idoso:

- Verificação da limpeza, ventilação e aquecimento do quarto de dormir.
- Verificação do vestuário diurno e noturno do paciente idoso.
- Verificação das condições da respiração nasal e oral do paciente.
- Verificação atenta sobre a medicação em uso pois alguns medicamentos podem ser a causa de tosse rebelde.
- Verificação da relação entre horário, tipo e quantidade da alimentação noturna e a tosse.

ALERGIA NOS OLHOS



Os olhos estão em contato direto com o meio ambiente, sendo alvos frequentes de reações alérgicas. Idosos podem apresentar diversas reações nos olhos, desde uma “vista cansada”, passando por ressecamento, lacrimejamento, infecções nas pálpebras, conjuntivites ou mesmo manifestações mais graves com prejuízo da visão.

ALTERAÇÕES OCULARES COMUNS EM IDOSOS

Os olhos se modificam com a idade, tornando-se mais secos e propensos a fatores irritativos.

A instilação de colírios, frequentes nestes pacientes, levam a sensações como ardência e desconforto.

PRINCIPAIS MANIFESTAÇÕES ALÉRGICAS NOS OLHOS

Os processos alérgicos podem comprometer as pálpebras, cílios, conjuntiva, córnea e úvea.

As reações alérgicas provocadas pela atuação de medicamentos sob a forma de colírios são as mais frequentes na prática clínica, seja pela substância ativa ou pelos diluentes e conservantes desses medicamentos oculares.

ALERGIA NAS PÁLPEBRAS

O quadro alérgico mais sugestivo é a dermatite de contato aos cosméticos, com destaque pelo esmalte de unha. O aspecto clínico é de descamação e eczema na região das pálpebras.

As pálpebras podem ser ainda locais de dermatites de contato irritativas ou alérgicas provocadas pelas substâncias ativas ou pelos preservativos empregados na conservação dos colírios. Podem ocorrer por medicamentos como anestésicos, descongestionantes, antissépticos, antibióticos, antiinflamatórios, analgésicos, antivirais, corticosteroides, antiglaucomatosos, betabloqueadores e lágrimas artificiais entre outros. Também pelos veículos e preservativos empregados na conservação destes produtos, entre eles o cloreto de benzalcônio, clorexidina, clobutanol e até timerosal.

Outra situação frequente é a inchação (edema) comum nos processos de urticaria e angioedema.

As blefarites são processos inflamatórios que acometem as bordas palpebrais, na região dos cílios. Muitas vezes a reação decorre de infecções bacterianas e se acompanham de vermelhidão, inchação, às vezes com pus, dor e ardência.

ALERGIA NA CONJUNTIVA - CONJUNTIVITE ALÉRGICA

A conjuntivite alérgica em geral acompanha a rinite alérgica. Manifesta-se por coceira nos olhos, vermelhidão, lacrimejamento e incomodo com a luz solar ou artificial intensa (fotofobia). A coceira ocular pode ser muito intensa, acompanhada de agressão dos olhos pelo ato de coçar.

A conjuntivite alérgica quase sempre é decorrente da alergia aos ácaros da poeira de casa e outras substâncias como fungos do ar, mofo, pelos de cães e gatos e raramente polens de plantas, todos transportados pelo ar do ambiente. Piora pela atuação de agentes irritantes como fumaça, ar refrigerado, poluição e vapores químicos. Pode piorar também pelo uso abusivo de colírios vasoconstritores.

A presença da rinite alérgica indica a origem do processo e a confirmação diagnóstica é feita pelos testes na pele.

A conjuntivite alérgica deve ser diferenciada das outras conjuntivites infecciosas por vírus ou bactérias. Nestas é comum o acometimento de apenas um dos olhos, o olho está intensamente injetado, com dor e sensação de areia. Na conjuntivite alérgica a vermelhidão é mais leve, menos demorada e a coceira é o sintoma mais destacado.

ALERGIA NA CÓRNEA E ÚVEA

A córnea pode apresentar quadros inflamatórios chamados de ceratite, quase sempre acompanhados de conjuntivite, constituindo a ceratoconjuntivite.

As ceratoconjuntivites mais comuns em idosos são provocadas por medicamentos tópicos ou por conservantes dos colírios.

Eventualmente pode ocorrer um tipo de ceratite por infecção viral, não alérgica.

Os quadros de uveíte caracterizam-se por comprometimento inflamatório na camada vascular dos olhos e podem ocorrer por hipersensibilidade ao bacilo da tuberculose.

AVALIAÇÃO DA ALERGIA OCULAR NO IDOSO

É importante observar o histórico de cada paciente, as características clínicas, os sintomas apresentados, além dos achados no exame físico. Estes são a base para o diagnóstico e para diferenciar de outras doenças que podem confundir com as alergias oculares.

CONTROLE DAS ALERGIAS NOS OLHOS

A conjuntivite alérgica quase sempre acompanha a rinite alérgica e por isto seu tratamento deve englobar também o controle de ambiente, ou seja, combate aos ácaros da poeira, em especial no dormitório do alérgico. Medicamentos são uteis para reduzir sintomas, com destaque para os anti-histamínicos por via oral.

Existem diversos tipos de colírios usados no tratamento das alergias oculares; contendo substancias diferentes, como anti-histamínicos, cortisona e cromoglicato, entre outros.

A maioria dos colírios é comprada sem receita médica. Mas, todo cuidado é pouco: colírios contendo vasoconstritores ajudam a reduzir a hiperemia (olho vermelho), mas devem ser usados por pouco tempo, pois os vasos da conjuntiva funcionam como os das narinas: após uma ação benéfica vasoconstritora, com redução da vermelhidão, aparece uma ação rebote, vasodilatadora, tão mais notável quanto maior o prazo de uso.

Os colírios de cortisona dão sensação de alívio, mas tem risco potencial de efeitos colaterais como facilitação de infecções, cataratas e principalmente glaucoma (aumento da pressão intra-ocular). Portanto, só devem ser usados por ordem médica e por um período de tempo curto.

A compressa com água ou soro fisiológico gelados é uma medida caseira, simples, barata e eficaz para alívio sintomático da conjuntivite alérgica.

Imunoterapia ou vacina para alergia utiliza extratos padronizados de ácaros da poeira e têm indicação similar a da rinite. É importante recurso adicional já que nem sempre é possível colocar em prática a profilaxia para inalantes, além de ter bons resultados clínicos no controle das conjuntivites alérgicas.

ASPECTOS IMPORTANTES PARA O TRATAMENTO

- Limpeza da casa cuidadosa e diária, com especial atenção aos quartos de dormir.
- Encapar com material impermeável o travesseiro e colchão.
- Trocar o travesseiro periodicamente.
- Lavar sempre as mãos.
- Evitar coçar ou esfregar os olhos.
- Usar compressas com água filtrada e gelada ou com soro fisiológico gelado, úteis para alívio na fase aguda da conjuntivite.

COCEIRA OU PRURIDO



Coceira na pele ou pruridermia é uma manifestação comum em idosos, devido às características da pele nesta faixa etária. É um sintoma que pode acompanhar varias situações de saúde e condições da pele. Pode ser sinal de problemas dermatológicos, outras doenças orgânicas ou ainda alterações emocionais.

O que é coceira (prurido)

Prurido é uma palavra que deriva do latim “pruritus” e significa comichão ou coceira, sendo definido como uma sensação desagradável que determina a coçadura, às vezes tão intensa que provoca lesões na pele.

Porque o idoso tem coceira

A causa mais comum de coceira no idoso é a pele seca, configurando o chamado prurido senil. Surge em decorrência da diminuição do manto de gordura da pele, sendo mais frequentemente localizado em áreas externas de membros superiores, pernas e coxas. Além da diminuição natural da secreção de gordura, contribuem também para o aparecimento da coceira, os banhos repetidos, uso excessivo de sabonete e água muito quente.

No idoso com coceira é comum a pele ficar repleta de manchas vermelhas e roxas, desencadeadas pela coçadura vigorosa, podendo evoluir com sensação de dor ou ate mesmo infeccionar.

Causas costumeiras de coceira

A grande maioria dos casos de coceira resulta da pele seca. Para começar, os idosos “se esquecem de beber água” prejudicando a hidratação. Por outro lado, a maioria toma banhos demorados, com água muito quente e se enxuga esfregando a toalha vigorosamente, o que aumenta a irritação, o ressecamento, facilitando o aparecimento da coceira.

Além disso, a coceira pode ter outras causas, como medicamentos, alimentos, aditivos ou mesmo uma doença orgânica não reconhecida ou não valorizada.

Fica fácil constatar então que a alergia cutânea pode contribuir, mas nem sempre será a principal causa envolvida no aparecimento do prurido.

Principais tipos de coceira

Coceira provocada por causa indeterminada (prurido idiopático)

Prurido idiopático é uma expressão médica usada para definir os casos onde a causa da coceira não foi identificada. Muito provavelmente está associado a fatores emocionais.

Coceira provocada por doenças orgânicas

Um percentual importante de idosos com prurido rebelde a tratamento decorre de doenças orgânicas, tais como diabetes, doenças no fígado, insuficiência renal, hipotireoidismo e, mais raramente, algumas doenças ainda desconhecidas para o paciente.

Doença renal

A doença renal em estado avançado, necessitando de hemodiálise, pode desencadear coceira, muitas vezes intensa. Vale a ressalva de que a diálise peritoneal provoca menos prurido em comparação à hemodiálise.

A coceira que acompanha a insuficiência renal pode resultar das alterações próprias da doença, mas também das medicações empregadas.

Doenças do fígado e das vias biliares

Grande parte das doenças hepáticas cursa com coceira e entre elas destacam-se: cirrose biliar primaria, coledocolitíase, hepatites virais, hepatite crônica pelo vírus da hepatite C, tumores e colestase. A cirrose alcoólica, embora frequente, está menos associada com prurido.

Diabetes

Diabetes pode desencadear coceira em grau variável, que em geral se acompanha de outros sintomas, tais como, aumento da frequência urinária e da sede. Neste caso, recomenda-se realizar exame para avaliar a glicemia.

Distúrbios da tireoide

Tanto o hipotireoidismo como, principalmente, o hipertireoidismo podem causar coceira significativa.

Outras doenças

Manifestações de câncer como doença de Hodgkin e algumas formas de linfoma, podem ter na coceira inexplicável o seu primeiro sintoma.

Na síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) o prurido pode estar presente mesmo nas formas iniciais.

Coceira desencadeada por medicamentos

Alguns medicamentos podem ser causa de coceira com ou sem urticária e como os idosos consomem em média cerca de quatro a seis remédios diferentes por dia, a possibilidade de um deles provocar coceira é uma causa a ser investigada.

Coceira localizada

Prurido genital

Medicamentos tópicos, substâncias para higiene íntima, desodorantes, preservativos de látex, roupas íntimas e substâncias carregadas pelas mãos, como o esmalte de unhas, podem ocasionar alergia e consequente coceira na vulva em mulheres idosas.

Infecções fúngicas (candidíase), parasitoses como a pediculose (chato), viroses como herpes simples, irritação pela urina ou pelo uso de fraldas geriátricas, corrimentos vaginais, atrofia de mucosa vulvar após menopausa e fatores emocionais constituem as principais causas não alérgicas.

Em homens, a causa mais comum de prurido escrotal é a infecção por fungos.

Prurido anal

A principal causa alérgica do prurido anal é a dermatite de contato desencadeada por medicamentos tópicos, vestuários íntimos, sabões, papel higiênico colorido ou perfumado, além de absorventes.

As causas não alérgicas principais são: vermes (oxiúros), fungos (cândida), agentes irritantes (medicamentos tópicos, sabões, desinfetantes) e ingestão de alimentos apimentados.

Algumas doenças podem ser causas significativas de prurido anal como hemorróidas, fissuras anais, prisão de ventre, distúrbios emocionais e maceração da pele por infecção bacteriana.

Prurigos

Prurigos são afecções na pele com coceira, acompanhadas de lesões avermelhadas e em alto-relevo (papulosas). A coçadura repetida pode levar ao espessamento da pele e com frequência infecção bacteriana secundária.

Neurodermite

A neurodermite surge em áreas limitadas da pele com coceira intensa e persistente, alternada por intervalos sem sintomas. A coçadura repetida

provoca uma área ovalada de pele espessada, com sulcos lineares cruzados, assemelhando-se a figuras geométricas.

As causas da neurodermite são questionáveis, mas a participação nervosa é fundamental, como sugere a sua denominação.

Identificação da causa da coceira

Algumas informações são de vital importância para a orientação identificação das causas da coceira:

- Como começou a coceira.
- Comportamento dos sintomas: contínuo, intermitente, noturno.
- Duração: dias, semanas, meses, anos.
- Interferência no bem estar: atividades físicas, sono.
- Localização: generalizado, localizado, uni ou bilateral.
- Causas de piora: calor, frio, suor, banhos.
- Medicamentos habituais ou de uso recente.
- Atividades físicas extenuantes.
- Manipulação de animais domésticos.
- Hábitos alimentares, condimentos.
- Situações de estresse familiar.

Cuidados nos casos de coceira em idosos

Uma vez que as coceiras na pele são provocadas por variados problemas locais ou, muitas vezes, consequentes de doenças orgânicas, o controle dos sintomas dependerá de uma apurada pesquisa que permita identificar os fatores desencadeantes.

Pode ser indicado o emprego de cremes, loções ou pomadas de corticosteroides assim com antihistamínicos, também chamado de antialérgicos, por via oral ou injetável, enquanto se investiga a causa da coceira.

Um problema é que na busca de alívio, medidas caseiras são usadas, sendo algumas bastante agressivas, como por exemplo, banhos de ervas a base de aroeira, que podem agravar os sintomas.

Seja qual for a causa, estão indicados cuidados como:

- Reduzir o numero de banhos: um por dia é o ideal. Se tomar mais de um, preferir banhos rápidos (chuveiradas), sem sabonetes.
- Os banhos não devem ser demorados ou quentes. Não usar buchas ou esponjas. Usar sabonetes suaves, para pele seca e sensível.
- Para secar a pele, usar uma toalha macia, enxugando sem esfregar ou friccionar.
- Após o banho, com a pele ainda umedecida, usar um hidratante suave, em todo o corpo.
- Usar roupas leves, de algodão e evitar roupas apertadas, lycra ou jeans.
- Usar sempre protetor solar quando se expuser ao sol.
- Procurar atividades de lazer, relaxar, combater o stress.
- Consumir até 2 litros de água ou equivalente por dia.
- Ingerir alimentos mais leves e portando menos calóricos, para evitar suor excessivo. Evitar enlatados e produtos artificializados.
- Procurar manter o ambiente de casa arejado, com as janelas abertas e usar ventiladores ou aparelhos de ar condicionado.
- Revestir os colchões com lençóis leves e macios.
- Evitar tomar “banhos alternativos”, como por exemplo, “banho de aroeira” ou semelhantes.
- Usar apenas a medicação receitada pelo médico.

URTICARIA, ANGIOEDEMA E DERMOGRAFISMO



A pele é um órgão reativo especial que protege o organismo das agressões do meio ambiente, ao mesmo tempo em que contribui para o equilíbrio harmonioso do corpo humano com o meio exterior. A urticária pode ser um sinal de que este equilíbrio está comprometido, resultando no aparecimento de coceira e placas avermelhadas na pele, não configurando somente uma doença alérgica, mas sim um alerta de que algo de anormal está ocorrendo no organismo e precisa ser reconhecido e equacionado.

O QUE É A URTICÁRIA

A urticária é uma erupção na pele manifestada por placas avermelhadas salientes, de tamanho variado, com coceira intensa e duração de alguns minutos a várias horas.

A urticária representa cerca de um terço das causas de consultas em clínicas ou ambulatorios voltados para atendimento de doenças cutâneas alérgicas. Entre os pacientes com mais de sessenta anos, ocupa posição de destaque, se não pelo quociente de sua ocorrência, mas com certeza pela dificuldade de seu manuseio.

O QUE É O ANGIOEDEMA

O angioedema é o nome dado quando a urticária atinge as camadas mais profundas da pele e se caracteriza por inchaço (edema) sendo também conhecido como edema de Quincke ou edema angioneurótico. Em geral não coça, tem início súbito e pode ser precedido por sensação de ardor. Obedece aos mesmos mecanismos determinantes da urticária, porém, localiza-se em

áreas de tecido frouxo, mais distensível e propício à infiltração da camada subcutânea, principalmente nas pálpebras, lábios, orelhas, língua, garganta (edema de glote), mãos e genitália (pênis e vulva). Dura de poucas horas até dois ou três dias.

Quando o edema compromete a garganta (edema de glote), pode levar a casos graves de “falta de ar”, e necessidade de tratamento de urgência imediato e rigoroso. O “edema de glote” é importante emergência médica, quase sempre provocado por medicamentos.

Uma forma peculiar de angioedema é o chamado “angioedema familiar”, de origem genética, comprometendo outros membros da família do portador. É raro na população idosa, mas quando suscitado merece atenção e cuidados especiais, além de ser sinal de alerta para pessoas da mesma família. Um dado clínico importante é de que o edema familiar não é precedido ou concomitante com a urticária.

O QUE É O DERMOGRAFISMO

Dermografismo tem este nome porque é possível, com um objeto de ponta rombuda, grafar letras ou rabiscos na pele dos alérgicos com este tipo de urticária. O nome o define: dermo=pele, grafia=escrita, ou seja, escrita na pele. É uma doença benigna, mas muito incômoda e que pode ser evidenciada ao riscar suavemente a pele.

Quanto à localização, a coceira e a lesão urticariana podem afetar qualquer região do corpo, sendo mais frequente em áreas de pressão. Locais menos acometidos são o couro cabeludo, genitália, palmas das mãos e plantas dos pés.

A queixa típica do paciente consiste na formação de pápula ou vergões lineares após a coceira, podendo as lesões persistirem por cerca de 30 minutos.

A participação de alterações emocionais é importante fator desencadeante do dermatografismo.

ASPECTOS CLÍNICOS DAS MANIFESTAÇÕES URTICARIANAS

Urticária se manifesta por pontos e placas salientes (pápulas), em geral de aspecto avermelhado, de tamanho variável desde milímetros até vários centímetros. As lesões podem ser isoladas ou se juntar formando grandes placas. São normalmente bem delimitadas e costumam coçar muito (prurido). As pápulas têm duração fugaz, pois evoluem em algumas horas, desaparecendo sem deixar vestígios e mudam de localização, aparecendo ora num local do corpo, ora em outro.

Uma característica importante é que as pápulas cedem à pressão, isto é, quando se “estica” a pele, a lesão deixa de ficar evidente. As pápulas de urticária podem ser localizadas, situando-se em determinada parte, ou em todo o corpo.

O aspecto das pápulas varia conforme a área da pele comprometida. Nas palmas das mãos, onde o tecido subcutâneo é escasso, são menores e mais rígidas.

O **angioedema** caracteriza-se por uma inchação circunscrita, de início súbito, que geralmente não coça, mas é precedido às vezes por sensação de ardor ou picada. Dura de poucas horas até dois ou três dias. Localiza-se em áreas onde a pele tem consistência mais flácida como nas pálpebras, lábios, orelhas, mãos e genitália (pênis e vulva) como também na língua ou garganta.

O edema na garganta, chamado de edema de glote, pode provocar sensação de falta de ar (dispnéia), e necessidade de tratamento de emergência.

O **dermografismo** é uma urticaria desencadeada pelo atrito da pele, onde, acompanhando a linha de atrito surge um risco branco, seguido de uma linha intumescida, rósea, rodeada por uma área avermelhada. Ao contrário da urticária, primeiro aparece a coceira e depois a pápula.

TIPOS DE URTICÁRIA

A urticária espontânea, dependendo do tempo de evolução, pode ser classificada em:

- 1) Urticária aguda (com duração menor que seis semanas).
- 2) Urticária crônica (quando a doença persiste por mais de seis semanas).

A *urticária aguda* surge bruscamente e dura de alguns minutos até poucas semanas. Medicamentos (antibióticos, analgésicos), alimentos não habituais (morango, camarão, marisco, caranguejo) e alguns tipos de infecções, são os agentes mais incriminados. Um fator especial tem surgido nos últimos tempos: o látex, pelo extenso emprego de luvas de borracha.

A *urticária crônica* surge em surtos de longa duração, permanecendo meses e mesmo anos. Muitos autores consideram crônica a urticária que se mantém por mais de seis semanas. Em geral, tem como causa medicamentos de uso frequente, alimentos de consumo habitual, aditivos alimentares, agentes físicos, instabilidade emocional e doenças orgânicas.

Um dado clínico importante, é que a na urticaria aguda é mais fácil suspeitar e confirmar a causa, enquanto na urticaria crônica a identificação do fator causal é problemática.

A urticária crônica pode ser dividida em:

- Urticária crônica espontânea: é a mais frequente e as lesões surgem sem causa detectada pelo médico.
- Urticária crônica induzida: as lesões são desencadeadas por fatores externos específicos, identificados pela história clínica e por testes de provocação.

As urticárias podem também ser classificadas segundo seus fatores desencadeantes, como: urticaria por medicamentos, por alimentos, por infecções, entre outras, no sentido de facilitar a identificação da causa.

AVALIAÇÃO DAS CAUSAS DE URTICÁRIA

O primeiro passo frente a um caso de urticária ou angioedema é identificar a causa desta manifestação alérgica. Entretanto, como não existe um teste ou um exame laboratorial definitivo para fazer o diagnóstico da causa da urticária, o papel do médico alergista é essencial, analisando criteriosamente a história clínica, para identificar o agente causal. A tentativa da identificação do fator responsável de cada caso é um passo importantíssimo para a utilização de um tratamento eficaz.

Três causas principais podem qualificar esta manifestação alérgica: alimentos (e aditivos alimentares), medicamentos e ainda processos patológicos.

A entrevista para avaliação da história clínica do paciente alérgico durante a consulta é a principal “arma” para avaliação da causa da urticária. Assemelha-se a um inquérito policial, desafiando a perícia, paciência e meticulosidade tanto do entrevistador quanto do entrevistado. Exames de sangue e testes cutâneos podem ser úteis para identificar a causa e os fatores desencadeantes, assim como para estabelecer o diagnóstico diferencial com outras doenças da pele.

De maneira prática, as urticárias dependem da atuação isolada ou combinada dos seguintes fatores:

- Medicamentos;
- Alimentos;
- Aditivos alimentares;
- Doenças orgânicas;
- Agentes físicos: exercícios, frio, pressão sobre a pele e outros;
- Insetos;
- Emotividade alterada (psicogênica);
- Causas diversas menos importantes;
- Causas desconhecidas.

Urticária pelos Medicamentos

A maioria dos idosos consome entre quatro a oito remédios por dia receitados por médicos ou não. Estes são, quase sempre, as principais causas de urticária, embora o idoso tradicionalmente atribua a crise urticariana a alimentos, já que em geral seus medicamentos são de uso contínuo, portanto considerados inofensivos pelo paciente.

Embora qualquer medicamento possa causar urticária, basicamente, os remédios que mais provocam são: analgésicos (aspirina, dipirona e outros), anti-inflamatórios não-esteróides (diclofenaco, piroxicam e outros) e antibióticos (penicilinas, sulfas e outros). Destes os mais envolvidos são os analgésicos e anti-inflamatórios. O problema é que os idosos são os principais consumidores destes produtos, na busca de minorar sintomas dolorosos, comuns nesta faixa etária. A pesquisa clínica nestes casos é primordial e deve ser sempre cuidadosa, porque nem sempre o paciente acredita que esta medicação costumeira possa estar provocando os sintomas.

A dificuldade é a identificação do remédio responsável e seu consequente afastamento. A tarefa pode ser mais fácil quando se trata de alergia a analgésicos e anti-inflamatórios, pois existem substitutos com outra formulação e com ação semelhante. A tarefa é difícil quando o remédio é imprescindível para a doença do paciente e o seu afastamento depende da participação do médico que o prescreveu.

Se aos medicamentos se acrescentam os aditivos alimentares, a participação destas drogas na urticária é enorme e, “erra pouco quem pensa primeiro em medicamentos e aditivos como causa de um episódio urticariano”.

Urticária pelos Alimentos

Alimentos poucas vezes são os únicos responsáveis pela urticária em idosos. Na urticária recente (aguda) é fácil identificar se a causa é alimentar, pois o próprio doente observa esta relação, já que as lesões na pele surgem logo após a ingestão do alimento. Os sintomas clínicos podem, porém, aparecer horas após a ingestão do alimento, o que dificulta esta identificação. Nos casos mais antigos (crônicos) tudo se torna ainda mais difícil, pois surge em geral com alimentos habituais da dieta e considerados inofensivos pelo paciente.

As lesões cutâneas podem ser precedidas por distúrbios gastrintestinais como sensação de má digestão, cólicas, vômitos ou diarreia.

Nas formas recentes (agudas) da doença o leite e derivados, ovos, peixe, crustáceos (camarão, lagosta, caranguejo ou siri) amendoim e morangos são os alimentos mais envolvidos.

Na urticária crônica, é mais rara a confirmação da causa de origem alimentar. São sensibilizantes mais comuns: leite e derivados, carne de porco, ovos, peixe e camarão.

A urticária pode surgir mesmo quando a pessoa ingere mínimas quantidades do alimento. Por exemplo, um idoso sensível ao camarão, poderá ter urticária quando ingerir peixe que teve contato com camarão ou que foi cozido na mesma panela onde foi feito um molho com camarão.

Urticária pelos Aditivos Alimentares

Os aditivos alimentares (corantes, conservantes, temperos) são muitas vezes necessários, principalmente para a preservação dos alimentos, mas às vezes provocam urticária.

Os *aditivos intencionais* são acrescentados aos alimentos para preservar, colorir, dar sabor etc. A legislação é bastante complacente, o controle da quantidade e qualidade é precário e os abusos são incontáveis, fazendo com que essas substâncias sejam ingeridas em quantidade exagerada.

Os *aditivos acidentais* chegam ao organismo como contaminantes dos alimentos. São exemplos os defensivos agrícolas, pesticidas e inseticidas. Outro exemplo é o leite de vacas que tenham tomado antibióticos ou antiinflamatórios.

Para o diagnóstico da urticária provocada por aditivos alimentares, dois fatores devem ser observados:

- Evidência do aparecimento do quadro após ingestão do aditivo.
- Desaparecimento ou, pelo menos, melhora acentuada da urticária com o uso de dieta restritiva.
- Na avaliação da participação de aditivos na provocação de urticária em pacientes idosos é importante questionar a participação do glutamato monossódico (usado para realçar o sabor) e sulfitos (usados como

conservantes). A tartrazina, um corante amarelo empregado em alimentos e medicamentos, só deve ser questionada quando ingerida em grande quantidade.

Entre estas substâncias devem ser incluídos os adoçantes artificiais tais como sacarina, ciclamato, aspartame e outros, capazes de provocar reações indesejáveis.

Urticária por Outras Doenças

A pele é um órgão com capacidade de refletir as condições de saúde do organismo humano e a urticária pode constituir uma evidência de que alguma doença (definida ou ainda oculta) possa ser responsável pelos sintomas cutâneos. Por isso, é essencial que seja feita uma pesquisa criteriosa dos dados clínicos de cada paciente.

Urticária pode ser, portanto, sintoma de doença orgânica desde simples verminoses a neoplasias. No idoso a urticária e o angioedema podem apresentar-se acompanhando amiloidose, hipotireoidismo, câncer, lúpus eritematoso sistêmico, vasculites, doenças renais, doenças do fígado, artrites, gota, diabetes e inúmeras outras manifestações clínicas. Nestes casos, deve-se também suspeitar dos medicamentos usados.

As parasitoses intestinais e infecções bacterianas ou virais em pacientes idosos devem ser questionadas principalmente nos casos de urticária crônica. O tratamento de uma infecção ou parasitose intestinal pode terminar com uma urticária demorada.

Urticária pelos Agentes Físicos

Os agentes físicos geralmente são causas importantes de urticária. Entre estes, destaca-se o **dermografismo** que aparece em “lanhos” vermelhos pelo corpo após o ato de coçar. É mais comum em mulheres e o fator emocional é uma de suas principais causas.

Em ordem decrescente de incidência, as seguintes formas de urticária física, além do dermografismo, são:

Urticária Colinérgica

Provocada pelos exercícios físicos, aumento da temperatura corporal (calor), banho quente, transpiração e condições emocionais. Às vezes surgem outros sintomas associados como lacrimejamento, salivação e diarreia.

A forma localizada é rara. Normalmente a urticária é generalizada pelo corpo, apresentando-se por pequenas pápulas salientes circundadas por área de vermelhidão.

Estas pápulas têm dois a três milímetros de diâmetro, raramente maiores, podendo confluir, formando grandes placas com inchaço. A duração é de 15 a 45 minutos, sendo esta uma de suas características.

A urticária por exercícios físicos, algumas vezes só ocorre imediatamente após a ingestão de determinados alimentos.

Urticária pelo Frio

Geralmente surge somente no local de contato com o frio, quando o paciente molha as mãos ou face, pega e toma bebidas geladas ou se expõe a ventos frios e ar condicionado. Tem por característica o início rápido de prurido, seguido de vermelhidão e pápula.

Em certos casos, quando a exposição é total, como em banhos de mar com a água muito fria, pode haver queda de pressão, náuseas, vômitos, desmaios e até mesmo a morte. O teste na urticária pelo frio pode ser feito colocando-se um cubo de gelo na pele, durante alguns minutos.

Urticária por Insetos

As picadas de abelhas, vespas e marimbondos provocam urticária e angioedema devido à reação alérgica ao veneno. É bom lembrar que os venenos das picadas provocam sempre inchaço local por ação tóxica.

Os mosquitos e pulgas podem ocasionar urticária, porém comumente provocam lesões locais características.

Urticária Psicogênica

Pode-se considerar que em 10% dos casos de urticária os distúrbios psicogênicos são a causa principal e em 50% são fatores contribuintes.

Os fatores psicogênicos, principalmente as emoções, podem desencadear urticária em indivíduos que apresentam ou já tiveram esta reação.

Em geral, quando a urticária é demorada, acaba envolvendo o psiquismo e então causas emocionais reproduzem os casos urticarianos.

Urticária por outras Causas

Existem outras causas de urticária de incidência rara:

- Urticária por pressão – nos locais do corpo submetidos à pressão demorada.
- Urticária solar – nos locais do corpo expostos à luz solar.
- Urticária por contato – absorção do alérgeno através da pele como medicamentos tópicos, cosméticos, látex (borracha) e substâncias diversas.
- Urticária por inalantes – inalação de poeira, aerossóis, fumaça, cheiros, partículas de alimentos em suspensão etc.
- Angioedema vibratório – após estímulos vibratórios como fricção com toalha etc.

Urticária por Causas Desconhecidas

Na prática, em vários casos de urticária não se consegue descobrir a causa, apesar de pesquisa acurada. Estes casos são rotulados de **Urticária idiopática ou espontânea** e provavelmente resultam das deficiências na descoberta do fator causal.

CONTROLE DA URTICÁRIA E DO ANGIOEDEMA

O controle da urticária e do angioedema repousa em três princípios:

- Primeiro: reconhecer a urticária e/ou angioedema
- Segundo: descobrir a causa
- Terceiro: afastar a causa

Como complemento terapêutico, a critério médico, emprega-se anti-histamínicos (antialérgicos) e, nos casos mais severos, a cortisona. Nas formas muito agudas, principalmente com edema (inchaço), a injeção de adrenalina é medida a ser tomada de imediato.

Dito assim é muito fácil tratar urticária. A realidade clínica, contudo, mostra que a coisa não é tão simples, principalmente porque a urticária pode ocorrer de diversas formas e muitas vezes sem causa identificada.

Controle da Urticária Aguda

Medicação para os Sintomas

A adrenalina ou epinefrina deve ser usada, a critério médico, por via intramuscular, nos quadros agudos e intensos. É importante, portanto o emprego da adrenalina nos quadros de angioedema, edema de glote e nas reações anafiláticas, pois é a droga que age com mais rapidez e eficiência no controle destas reações.

Os anti-histamínicos, também chamados antialérgicos, por via oral ou injetável são usados para impedir a progressão da urticária. Podem ser usados por tempo curto ou por longos períodos, até que desapareçam os sintomas. A cortisona deve ser administrada nos casos intensos ou persistentes como medicação completar, mas sua ação não é imediata e só começa a agir após 2 a 4 horas.

Identificação e Afastamento do Agente Causal

Relativamente simples, pela proximidade temporal entre o aparecimento da urticária e a causa desencadeante. Por exemplo, se o paciente comeu camarão e teve urticária durante ou logo após a refeição ou tomou *dipirona* para febre ou dor e logo aparece com urticária, são exemplos de urticária de fácil identificação e controle.

Controle da Urticária Crônica

Medicação para os Sintomas

Os anti-histamínicos ou antialérgicos podem ser usados por longos períodos. Existem antihistamínicos modernos, chamados de segunda geração, que causam menos sonolência, são muito eficazes e, portanto são mais recomendáveis nos idosos em caso de urticária crônica. Entretanto, alguns antihistamínicos mais antigos, de primeira geração, como por exemplo, a hidroxizina, que é um medicamento que tem ação sedante, ocupa espaço especial no tratamento, melhorando os sintomas e tranquilizando o paciente,

já mobilizado pela urticária. Seus melhores efeitos são observados nos casos de dermatografismo e naquelas urticárias com forte componente emocional, podendo ser tomados por longos períodos, para desaparecimento dos sintomas.

Nos casos crônicos o uso de corticosteroides a longo prazo deve ser evitado por causa de seus efeitos adversos.

Identificação e o Afastamento do Agente Causal

O controle efetivo da urticária depende da identificação da causa e seu consequente afastamento. É uma tarefa especialmente difícil, senão impossível, na maioria das urticárias crônicas ou de longa duração. Os dados da literatura mundial revelam falha na identificação da causa em cerca de 60% dos casos, caindo todas na categoria de *urticária idiopática*, ou seja, sem causa definida. Por isso, o médico, o paciente ou sua família, devem prestar uma atenção detalhada para cada surto de urticária a fim de tentar identificar a causa da doença.

Quando a **urticária** for provocada **por alimentos** a dieta de eliminação do alimento responsável é fundamental e às vezes definitiva, isto é, por toda vida, como por exemplo, na alergia ao camarão e amendoim.

Na **urticária por medicamentos**, a restrição ao medicamento responsável é definitiva e deve ser estendida a substâncias químicas semelhantes. Por exemplo, na alergia à penicilina injetável, outras penicilinas e seus derivados sintéticos (ampicilina, amoxicilina), mesmo por via oral estão proibidos. Na alergia aos analgésicos como aspirina e dipirona, quase sempre o *acetaminofen* é aceito, sem produzir urticária.

Na **urticária pelos aditivos**, atenção especial para os sulfitos, conservantes em cervejas, vinhos, sucos, conservas, batata frita etc. Outros aditivos serão equacionados de acordo com cada caso.

Nas **urticárias físicas** deve-se aguardar a orientação do alergista, quando muito usando um anti-histamínico. No **dermografismo**, uma forma de urticária física, até agora, o melhor meio de controlar é o emprego de *anti-histamínico a longo prazo*. Com isto, o dermatografismo vai diminuindo em intensidade e aos poucos a pele vai ficando estável, suportando, sem urticária, o atrito e a pressão. A melhora deverá ser comunicada ao médico, que decidirá quando diminuir a dose ou parar o anti-histamínico.

Na **urticária por fator emocional**, procura-se resolver a situação conflitante quando possível. Quando a causa for existencial e só a atuação do alergista não conseguir solucionar o conflito, torna-se necessária a ajuda de psicólogos.

Nas **urticárias sintomáticas de processos patológicos** como doenças reumáticas, collagenoses, doenças metabólicas, renais e outras, somente o equacionamento clínico da doença causadora da urticária poderá ajudar.

Como se vê, o controle de uma urticária crônica é problemático, pois envolve múltiplos fatores, o que dificulta a descoberta e afastamento da causa. Fica, contudo, uma conduta prática: “Na urticária crônica de causa desconhecida, deve-se usar anti-histamínicos por longo tempo, pois a causa aparece ou a urticária desaparece!”

ECZEMA DE CONTATO OU DERMATITE DE CONTATO



Os eczemas de contato são produzidos pela ação direta de determinadas substâncias sobre a pele. Essas substâncias podem agir como irritantes da pele ou por mecanismos alérgicos.

O aumento da industrialização determina uma maior exposição a novos produtos químicos capazes de provocar dermatite de contato. No idoso, particularmente, é importante destacar o papel de medicações de uso local provocando eczemas

O QUE É ECZEMA DE CONTATO

A pele faz a conexão do corpo humano com o ambiente, sendo assim, recebe influência de vários fatores que estão à sua volta. Algumas substâncias podem agredir a pele resultando em lesões que são conhecidas como eczema de contato (alérgica ou não). Esta dermatite, portanto, é uma resposta inflamatória na pele resultante da exposição a substâncias presentes no ambiente.

TIPOS DE ECZEMA DE CONTATO

As dermatites de contato podem ser irritativas ou alérgicas.

A **dermatite de contato irritativa** é assim chamada porque não se trata de alergia. É causada pela irritação na pele e é em geral provocada por produtos com ação agressiva. Alguns mais fortes causam dano na pele no primeiro contato como as substâncias ácidas. Outros mais fracos necessitam diversos contatos com a pele para que as lesões apareçam, como por exemplo os detergentes provocando lesões nas mãos.

A **dermatite de contato alérgica** depende de uma sensibilização, ou seja, a pessoa entra em contato repetido com o produto e desenvolve uma reação imunológica (alérgica) específica, que vai gerar as lesões cutâneas. Essa sensibilização requer dias, meses ou anos. Depois que se instala, a reação surgirá sempre que a pessoa voltar a ter contato com a substância (aproximadamente 48 horas depois).

No idoso, devido a característica da pele, mais fina e sensível, a proporção de reações por agentes irritantes é ainda maior do que na população em geral.

No paciente idoso o contato com produtos domésticos tende a aumentar enquanto a exposição a substâncias profissionais tende a diminuir, como também aumenta a importância de trabalhos alternativos e passatempos.

As dermatites de contato podem sofrer a influência da luz solar, sendo classificadas como fotoalérgicas ou fototóxicas. Como o nome sugere, as reações **fotoalérgicas** são causadas por alergia que aparecem após exposição à luz do sol. As reações **fototóxicas** não são imunológicas e resultam da ação da luz solar sobre substâncias que atuam na pele, provocando reações que se assemelham a queimaduras. Um exemplo é a reação causada pelo sumo do limão na pele exposta à luz solar.

COMO A DERMATITE DE CONTATO SE MANIFESTA

O aspecto mais característico da dermatite de contato é o eczema, que se inicia por coceira (o primeiro sintoma a aparecer e o último a desaparecer). Logo surgem áreas avermelhadas (*eritema*), onde aparecem bolinhas de água muito pequenas (*vesículas*). Estas vesículas aumentam de tamanho, rompem-se eliminando seu conteúdo (*exudação*), um líquido amarelado e pegajoso. Mais tarde esse líquido seca, formando *crostas* e *descamação*. Pode ocorrer, mais raramente, contaminação bacteriana da área, com aparecimento de infecção e secreção purulenta. Pela coçadura repetida acontece o espessamento da pele (*liquenificação*) e escurecimento das lesões de eczema.

Os eczemas de curta duração (agudos) se acompanham de vermelhidão, vesículas e exudação (saída de líquido). Nos casos de longa duração (crônicos) ocorrem crostas, descamação e espessamento da pele.

FATORES IMPORTANTES NAS DERMATITES DE CONTATO

A pele humana esta sempre em contato com diversas substâncias, entretanto poucas destas provocam a maioria das reações alérgicas, sendo chamadas de substâncias de alto poder alergizante.

O **alto poder alergizante** é uma condição fundamental para a produção do eczema de contato: por exemplo a reação aos compostos de níquel, produtos de borracha e corantes de cabelo. Por outro lado, alguns cosméticos, embora de uso frequente, raramente provocam eczema de contato.

Outro fator significativo na gênese das dermatites de contato é o **tempo de exposição ao alérgeno** que pode ser variável. Ressalta-se que algumas substâncias de uso rotineiro só provocam o eczema após anos de uso.

A **concentração da substância** (concentrações maiores provocam mais sensibilizações), seu **estado físico** (se é líquida ou sólida), a **integridade da pele**, além da **pressão e fricção** são fatores que influenciam o aparecimento ou a evolução do eczema de contato.

A resposta eczematosa por contato demora em geral de 24 a 96 horas para aparecer. Assim, se uma pessoa for alérgica, por exemplo, ao metal (níquel) de uma bijuteria, só apresentará eczema pelo uso de brincos, um ou dois dias após. Entretanto, quando a pessoa está intensamente sensibilizada e com reações repetidas de eczemas, este período pode ser antecipado para poucas horas.

IDENTIFICAÇÃO DA CAUSA DESENCADEANTE

A identificação da causa do eczema de contato é concretizada por um exame cuidadoso das lesões com sua localização, seu aspecto e as características do processo recente (agudo) ou antigo (crônico). Os testes de contato com material apropriado complementam a busca do fator causal.

Alguns detalhes são importantes para descobrir a causa do eczema de contato:

Frequência e Duração do Surto de Eczema

A frequência dos sintomas do eczema pode indicar o número de vezes que o paciente entrou em contato com o agente desencadeante.

Um eczema crônico provavelmente depende de exposição à substância de contato frequente ou repetido, como brincos, cosméticos ou material profissional.

Um eczema agudo, com episódios esporádicos, depende de alérgenos de uso ocasional.

Detalhes Sobre o Início dos Sintomas

É importante saber onde e como começou o eczema. Por exemplo, um eczema de pálpebras, que aparece um a dois dias após a ida à manicure, tem no esmalte de unhas seu agente mais provável.

Época do ano, dia da semana ou até a hora do início podem ser detalhes importantes. No verão, o suor desprende substâncias alergênicas de roupas, calçados e bijuterias.

Ambiente Domiciliar

Inseticidas, detergentes, desinfetantes, utensílios, bem como material utilizado em passatempo doméstico como jardinagem, carpintaria e outros, são itens obrigatórios a serem observados.

Ambiente e Atividades Profissionais

Quando alguém refere piora nos dias de trabalho e melhora nas férias ou mesmo nos fins de semana, apontam para um eczema profissional. Certas atividades determinam alta incidência de dermatoses em virtude do material utilizado.

Vestuário, Cosméticos ou Adornos

Importante saber sobre o uso de novos cosméticos, roupas recém-adquiridas e bijuterias, bem como objetos de uso pessoal.

Aplicação de Medicamentos na Pele

O uso de medicamentos tópicos determina um significativo número de reações eczematosas, por isto, uma apuração deve ser feita sobre o emprego de tais produtos.

Localização das Lesões de Eczema

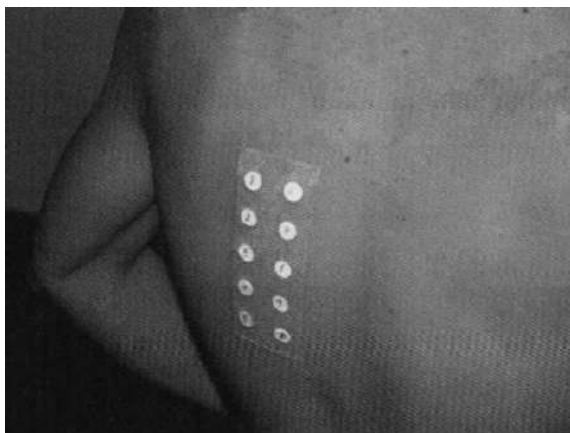
Tão importante como uma história detalhada, é o exame das lesões de eczema, principalmente quanto a sua localização. Assim, eczemas de face costumam ser, principalmente, provocados por cosméticos, enquanto que os localizados em membros superiores seriam provocados por atividade laborativas.

Aspecto das Lesões de Eczema

O aspecto de um eczema pode indicar a natureza do agente causal:

- Lesões que poupem sulcos ou dobras e áreas mais profundas da pele seriam provocadas por objetos sólidos.
- Lesões em sulcos ou áreas profundas indicam substâncias líquidas ou pastosas.
- Lesões muito úmidas, com intensa exsudação (sorando líquido), mostram sensibilização aguda e contato recente.
- Lesões com bolhas mostram violenta sensibilização e agente de alto poder alergizante.
- Lesões secas e descamativas demonstram cronicidade, provavelmente por contato reiterado.

Testes de Contato



Os testes de contato reproduzem exatamente o modo de ação da substância que ocasionou o eczema. Por exemplo, quando um medicamento usado na pele para um ferimento produz um eczema, o mesmo remédio sendo colocado em outro local da pele irá reproduzir outra lesão de eczema.

Nos casos de dermatite de contato testam-se substâncias que mais comumente são responsáveis por esse eczema. São componentes comuns dos mais variados materiais ou produtos usados na indústria, cosméticos, medicamentos etc.

Muitas vezes é necessário realizar testes com as substâncias que o alérgico manipula normalmente. Como exemplo na suspeita de alergia ao esmalte de unha testa-se o próprio esmalte que a pessoa usou. Alguns alérgenos devem ser anteriormente diluídos, para não causar lesões por irritação.

Os testes de contato são realizados com as substâncias a serem testadas colocadas em pequenos pedaços de papel absorvente presos a uma fita adesiva hipoalergênica, que é aplicada diretamente sobre a pele, onde ficará em contenção durante 48 horas. Neste intervalo, não é permitido molhar o local nem realizar exercício físico vigoroso. Após 48 horas o material é removido e verifica-se se ocorreu reação no local de aplicação de cada substância. O local pode ser exposto à luz solar (devido a possível piora com a luz). Após mais 24 ou 48 horas observa-se novamente o local do teste para confirmar a reação alérgica. É importante não molhar a região para não apagar as marcações feitas em cada local testado.

ECZEMA DE CONTATO OCUPACIONAL

As sensibilizações de contato relacionadas com atividades ocupacionais são frequentes, em virtude da exposição repetida com substâncias às vezes puras ou em altas concentrações. Isto é evidente em idosos que hoje trabalham até uma idade mais avançada, manipulando por muito mais tempo determinados materiais. Por outro lado alguns pacientes passam a lidar com substâncias novas, mais sensibilizantes, decorrentes de trabalhos alternativos, iniciados após a aposentadoria para complemento da renda familiar.

Cerca de 80% dos casos de lesões na pele de origem ocupacional é consequente da ação irritante das substâncias empregadas.

A melhora da pele com o afastamento do trabalho e a piora com a retomada do serviço, sugerem sensibilização ocupacional.

ECZEMA DE CONTATO PELOS COSMÉTICOS



Cosméticos são produtos amplamente utilizados e alguns poucos podem provocar alergia. A cada momento surgem novos cosméticos como cremes rejuvenescedores, desodorantes de longa duração, hidratantes, protetores solares, entre outros.

É importante ressaltar que as reações adversas aos cosméticos são em sua maioria devidas à sensibilização alérgica, porque os fabricantes procuram empregar substâncias que não provoquem ação irritante ou tóxica na pele.

A dermatite de contato por irritante, não alérgica, se caracteriza por coceira, queimação e sensação de “picadas”, surgindo logo após a aplicação do produto. A dermatite de contato alérgica não surge na primeira vez que uma pessoa usa um determinado produto, mas sim após algum tempo, o que explica uma dúvida comum do paciente: “porque se sempre usei um determinado cosmético, só agora surgiu a alergia?”. As substâncias sensibilizantes podem ser os veículos inertes, fragrâncias (perfumes), corantes ou preservativos nas fórmulas dos cosméticos.

Dentre os cosméticos que mais produzem alergia, destaca-se o esmalte de unhas. O eczema de contato pelo esmalte geralmente se localiza nas pálpebras, face e pescoço onde a pele é mais fina, sendo mais raro em torno das unhas, por ser uma região onde a pele é mais espessa.

As tinturas de cabelos também ocupam lugar de destaque, sendo a substância mais sensibilizante a parafenilenodiamina. Os eczemas por tintura de cabelo localizam-se no couro cabeludo, pescoço e face.

Os desodorantes são os principais causadores de reações nas axilas. Batons e pastas de dentes sensibilizam lábios e região peribucal. Perfumes acometem caracteristicamente a pele atrás das orelhas, pescoço e braços.

ECZEMA DE CONTATO PELOS MEDICAMENTOS

Os medicamentos em forma de pomadas, cremes e loções, quando usados repetidamente podem produzir reações alérgicas. Estes produtos são largamente receitados por médicos, indicados por farmacêuticos, recomendados pela propaganda popular e indiscriminadamente fazem parte dos remédios de uso caseiro.

Algumas das substâncias que causam alergia nos medicamentos são componentes inertes em suas fórmulas.

Antibióticos

Os antibióticos tópicos provocam com frequência reações de contato. Entre eles, destacam-se a neomicina, cloranfenicol e sulfas.

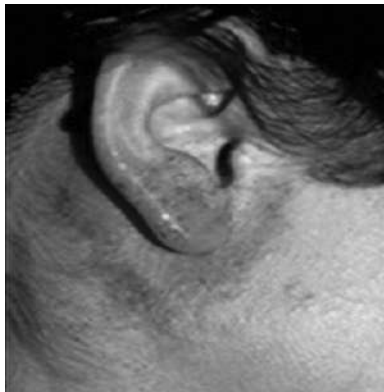
As pessoas sensíveis às sulfas podem ter seus sintomas desencadeados pelo uso de substâncias com elas relacionadas quimicamente como diuréticos sulfamídicos e hipoglicemiantes orais. A sacarina e os ciclamatos de cálcio e sódio são também derivados sulfamídicos.

Sulfas, prometazina (fenegan[®]), ciclamatos e diuréticos eliminados na pele, podem torna-la sensível ao sol (fotossensibilização).

Anti-Histamínicos

Anti-histamínicos (antialérgicos) são muito usados como pomadas, cremes e loções cutâneas, tópicos nasais, auriculares e oftálmicos. Em virtude dos inúmeros casos de dermatite de contato produzidos por estes produtos deveriam colocá-los entre os medicamentos contra indicados para uso na pele. Os cremes e loções com anti-histamínicos, como a prometazina e a dexclorfeniramina, são usados em queimaduras solares e para alergias.

ECZEMA DE CONTATO PELOS OBJETOS DE USO PESSOAL



Couros (sapatos, bolsas, pulseiras de relógio), tecidos (principalmente os escuros), metais (relógios, pulseiras, brincos e fivelas), borrachas (sandálias de dedo) entre outros, podem provocar dermatite de contato.

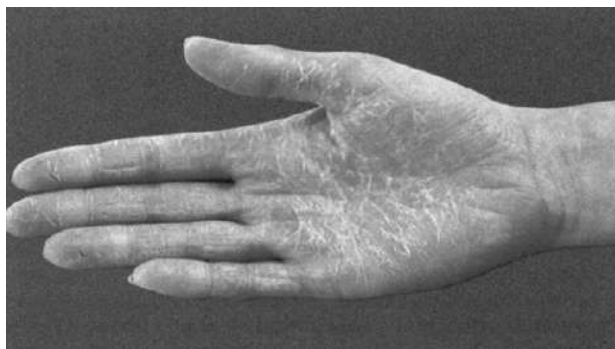
O eczema por roupas se localiza nas regiões onde o suor dilui as substâncias dos tecidos, como por exemplo, axilas, cintura e região inguinal (virilhas). Corantes são os principais causadores das reações nos tecidos.

As alergias ocasionadas por sapatos se situam preferencialmente nas superfícies de maior atrito e pressão como dorso dos dedos e de todo o pé, lateral externa e calcanhar. São menos comuns na região plantar (sola do pé) em consequência da pele mais espessa. A alergia ao sapato geralmente é devida ao material usado no curtimento do couro, tinturas, vernizes, colas e materiais de acabamento.

Os casos de alergia às sandálias “de dedo” são característicos pela localização das lesões, que formam um Y no dorso dos pés. Localizações típicas são também produzidas pelos adornos, como brincos, colares, pulseiras, relógios e anéis.

O mais importante dos sensibilizantes nos metais é o sulfato de níquel. Mesmo os objetos cromados são antes niquelados e provocam reações também pelo níquel. O eczema por alergia ao níquel é muito frequente e encontrado principalmente em bijuterias como nos brincos e, mesmo quando as joias são de ouro ou prata, o níquel está presente como impureza.

ECZEMAS DE CONTATO DOMICILIARES



O serviço caseiro ocasiona eczemas de contato geralmente devidos a produtos químicos para desinfetar e limpar. Os desinfetantes, na maioria das vezes, são feitos à base de formol.

Água, sabão e detergente: este trio é conhecido das donas de casa, profissionais de cozinha, de limpeza e de muitos trabalhadores. Estes e outros produtos químicos facilitam o trabalho de limpeza, mas também podem provocar reações. Atuam como irritantes da pele e alteram a camada de queratina, dissolvendo

os óleos ali presentes e modificando a acidez natural da pele. Por isso, com o passar do tempo, tendem a surgir ressecamento e posterior eczema. As lesões surgem principalmente nas palmas e dedos das mãos.

No ambiente domiciliar são encontrados outras substâncias capazes de sensibilizar, como plásticos, materiais cromados, óleos, materiais de cozinha, ceras, inseticidas e plantas.

As donas de casa e cozinheiras também estão sujeitos a eczemas nas mãos produzidos por alimentos, tais como cebola, alho, inhame e outros legumes e vegetais não cozidos.

REAÇÕES AO LÁTEX

A borracha natural é um produto resultante da coagulação do látex, extraído da seringueira (*Hevea brasiliensis*) e pode provocar dermatites de contato.

O uso cada vez maior de luvas de borracha para proteção das mãos entre os idosos, e o emprego também cada vez mais frequente de preservativos de borracha em relações sexuais, aumentou em muito a frequência de sensibilização. Luva de látex descartável é o principal reservatório de alérgenos, principalmente as luvas com pó, em clínicas e hospitais. Idosos sensíveis ao látex, mesmo não sendo profissionais de saúde, devem ter cuidado quando em ambientes hospitalares.

A dermatite aparece 6 a 72 horas após o contato com o produto de borracha, em pacientes previamente sensibilizados. Além do látex, a reação muitas vezes é ocasionada por substâncias usadas na preparação (vulcanização) da borracha como o mercaptobenzotiazol, difenilguanidina, tetrametiluradisulfito, parafenilenodiamina e a hidroquinona. A parafenilenodiamina é responsável pela maioria dos casos de dermatite de contato por produtos de borracha preta, como sapatos e botas.

Têm sido observados vários quadros de urticária, rinite e até anafilaxia provocados por exposição ao látex, além de dermatites de contato. O manuseio da alergia ao látex envolve, além da diminuição do contato com produtos de borracha como luvas, balões e preservativos, orientação quanto a possíveis reações alérgicas com frutas e plantas relacionadas com o látex como a banana, abacate, kiwi, mandioca e mamão entre outros.

ECZEMA DE CONTATO PELAS PLANTAS

A aroeira, uma árvore comum no sul do Brasil, é capaz de produzir eczema de contato. Esta planta é da família das anacardiáceas, como também o caju, manga, cajá-manga, umbu-da-bahia e outras. É prática popular o uso de “banhos de aroeira” para tratar lesões na pele, às vezes com consequências desastrosas.

Madeiras, principalmente serragens, produzem eczemas de contato profissionais em marceneiros, carpinteiros e artesãos. Frutas, flores e plantas decorativas também podem produzir dermatites.

O sumo da casca do limão, laranja ou tangerina com exposição posterior à luz solar pode resultar em lesões vermelhas em áreas expostas (lesões tipo queimadura), que evoluem para manchas escuras. Este quadro é mais comum no verão, sendo chamado de *fotodermatite*.

CONTROLE DA DERMATITE DE CONTATO

Dermatite por Irritantes Primários

Como a maior parte das dermatites por irritantes em pacientes idosos ocorre nas mãos, o tratamento obedece às seguintes etapas:

- 1) Evitar, de maneira absoluta, molhar ou umedecer as mãos com água, inclusive nos banhos. Esta é a etapa principal e a mais difícil, pois há que mostrar para a paciente que a água é irritante para as lesões inflamadas das mãos. O uso de luvas de látex, vinil ou silicone é obrigatório até para o banho. A limpeza das mãos no correr do dia deve ser feita com lenços umedecidos usados na higiene infantil. Esta medida deve durar três a cinco dias, com retorno obrigatório para averiguação.
- 2) Usar corticosteroides tópicos para alívio sintomático.

Dermatite por Mecanismo Alérgico

A primeira providência e o mais importante é tentar, pela história clínica ou através de testes de contato, identificar a causa do eczema e providenciar seu afastamento. Enquanto isto, o emprego de corticosteroides tópicos é necessário, para controle sintomático.

Dermatite de Causa Múltipla: Irritativa e Imunológica

Controle das lesões por agentes irritantes e emprego de corticosteroides tópicos e sistêmicos para alívio sintomático e depois identificar e afastar o agente responsável.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- A alergia de contato, uma vez instalada, se repetirá todas as vezes que houver nova exposição com a substância desencadeante. Uma vez alérgico, será sempre alérgico. Até o momento, a medicina ainda não tem a cura definitiva do problema. Não existe vacina para dermatite de contato.
- A dermatite de contato é benigna, não é transmissível nem contagiosa.
- A substância causadora deve ser evitada, já que o contato resulta na recidiva da doença.
- É importante conhecer o nome químico da substância causadora, mas também onde é encontrada e as formas de evitá-la.
- Usar equipamentos de proteção nos casos ocupacionais.

ALERGIA A MEDICAMENTOS



As reações alérgicas a medicamentos embora relativamente frequentes e às vezes intensas, na verdade ocorrem curiosamente, numa incidência relativamente discreta, frente ao elevado uso de remédios pelos idosos.

O QUE É ALERGIA A REMÉDIOS

O consumo de medicamentos em idosos aumenta progressivamente ano após ano, contribuindo para resolver doenças, amenizar sofrimentos e melhorar a qualidade de vida, sendo um dos fatores responsáveis pela longevidade. Por outro lado, este aumento do uso pode resultar em reações adversas, onde se incluem as reações alérgicas a medicamentos. Curiosamente, numa incidência relativamente discreta, frente ao elevado uso de remédios pelos idosos.

Alguém que sempre tomou um remédio e nunca teve nada, um belo dia toma este mesmo remédio e fica com inchaços pelo corpo. Isto acontece porque a alergia não surge da primeira vez e sim quando já se tomou aquele remédio por várias vezes.

Nem toda reação a medicamentos é causada por alergia. O termo reação adversa a medicamentos é usado para descrever qualquer reação inesperada que possa ocorrer em resposta ao uso de um remédio. Algumas destas reações são previstas, isto é, já esperadas como resultantes da ação do produto. Um exemplo clássico é a sonolência que pode surgir após uso de alguns antialérgicos. Entretanto, existem outras, que são reações imprevistas e ocorrem apenas em algumas pessoas e não dependem da dose nem do efeito farmacológico da medicação. É neste grupo que se incluem as alergias.

As reações alérgicas ocorrem numericamente menos em idosos em comparação a adultos jovens, embora reações muito graves possam ser evidenciadas em pessoas com mais de 60 anos. Contudo, não é apenas a idade cronológica por si só, mas o consumo aumentado e a condição de saúde do idoso que contribuirão para uma maior ou menor vulnerabilidade aos fármacos.

COMO APARECEM AS REAÇÕES A MEDICAMENTOS

As reações alérgicas medicamentosas podem aparecer minutos ou horas após a ingestão do remédio, variando desde sintomas leves, quase não percebidos, até reações intensas e graves. As principais queixas são:

- Coceira (prurido);
- Vermelhidão da pele (eritema);
- Urticária e angioedema;
- Sintomas respiratórios;
- Sinais de anafilaxia.

CARACTERÍSTICAS DAS REAÇÕES ALÉRGICAS A MEDICAMENTOS

- As alergias podem se manifestar com diferentes sintomas.
- O paciente já usou o remédio anteriormente sem problemas.
- As reações alérgicas ocorrem em pessoas predispostas e resultam de doses mínimas.
- Os sinais e sintomas tendem a desaparecer com a interrupção do uso do remédio. É mais comum que desapareçam logo após esta interrupção. No entanto, alguns remédios têm eliminação lenta, fazendo com que demore dias e às vezes semanas para sua resolução.

Se o idoso fez uso do medicamento e os sintomas surgem coincidindo com o início do tratamento, a identificação da alergia é fácil. Entretanto, quando o surgimento é tardio ou se existem outros medicamentos em uso, é essencial uma rigorosa avaliação clínica para identificar a causa. Mesmo pessoas que já utilizaram a medicação em mais de uma ocasião poderão desenvolver alergia no futuro.

IDENTIFICAÇÃO DAS REAÇÕES A MEDICAMENTOS

Quando um paciente idoso busca atendimento em uma clínica de alergia apresentando sintomas compatíveis com reação adversa a medicamentos, a principal dificuldade é identificar qual foi o remédio responsável.

Além disso, a manifestação alérgica pode assemelhar e confundir com outras doenças. Por exemplo, alguns remédios usados na hipertensão podem provocar tosse ou chiado no peito, sintomas que habitualmente não são reconhecidos como consequência do uso de remédios.

Deve-se suspeitar de uma possível reação adversa quando surgir um sintoma inesperado coincidindo com o início de um tratamento medicamentoso. O primeiro passo é fazer uma lista de todos os remédios, tanto os receitados por médicos como os de uso por conta própria. É importante frisar que remédios homeopáticos, fitoterápicos ou ditos “naturais”, também podem causar alergia.

Quando o medicamento responsável pelo efeito adverso for imprescindível, somente o médico poderá substituir o remédio.

Como o paciente pode ajudar na identificação do remédio responsável pela reação

- O paciente ou seu cuidador deve fazer uma listagem dos medicamentos usados, prescritos por médico ou não, mesmo os corriqueiros e aparentemente inocentes, como por exemplo: vitaminas, colírios, supositórios, óvulos ou cremes vaginais, homeopatia etc.
- Informar se foi a primeira vez que fez uso do medicamento ou se já teve reações adversas anteriores com a medicação em questão ou com outro remédio correlato.
- Observar se os sintomas desaparecem com a suspensão do remédio.
- Informar se é portador de outras doenças alérgicas ou se existem casos de alergia na família
- Avaliar se existe outra razão que justifique o sintoma apresentado.
- Identificar se o idoso tem ou teve doenças do rim ou do fígado, que possam alterar a metabolização do remédio.

Testes alérgicos e exames laboratoriais

Ao contrário do que se pensa, existem poucos exames, testes ou outros métodos complementares de apoio.

Para alguns remédios, como penicilinas e anestésicos locais, existem testes alérgicos na pele. Vale ressaltar que estes testes só podem ser realizados por médicos capacitados e em ambiente hospitalar, devido ao risco de reações graves.

Testes sanguíneos (dosagem da IgE específica) podem ser ocasionalmente empregados como para documentar a alergia à penicilina, alguns de seus derivados, insulina e um relaxante muscular utilizado em anestesia geral.

Eventualmente, podem ser realizados os chamados testes de provocação oral, sob estrita supervisão do alergista.

Testes de contato podem ser utilizados nos casos de alergia a medicamentos tópicos (pomadas, cremes, colírios etc).

CONTROLE DAS REAÇÕES A MEDICAMENTOS

O tratamento de uma reação adversa a medicamentos deve se iniciar sempre que possível, pela suspensão do uso do remédio suspeito e pela substituição por outra medicação com eficiência equivalente e fórmula química diferente, a critério do médico.

Nos casos leves, geralmente não há necessidade de outras medidas terapêuticas. Entretanto, se os sintomas forem moderados ou graves, é indicado o emprego de medicamentos apropriados dependendo de cada caso.

O ponto chave do tratamento é a orientação do paciente e cuidadores sobre a alergia e medidas de prevenção. Em casos específicos, recomenda-se o fornecimento de cartão detalhado com orientações de conduta em situações de emergência. Ainda não estão disponíveis vacinas para tratar a alergia aos medicamentos.

PRINCIPAIS MEDICAMENTOS E SUAS MANIFESTAÇÕES ADVERSAS

Analgésicos, Antitérmicos e Anti-inflamatórios

Estes remédios são bastante utilizados por idosos, com ou sem prescrição médica. Analgésicos, antitérmicos e anti-inflamatórios constituem um grande grupo de medicamentos, englobando desde a aspirina (ácido acetil salicílico ou AAS), passando pela dipirona (pirazolonas) e chegando aos chamados anti-inflamatórios não hormonais (diclofenaco, ibuprofeno etc.). Todos agem pelo mesmo mecanismo com ações semelhantes. Este fato explica a razão pela qual uma pessoa alérgica a um analgésico e/ou anti-inflamatório poderá desenvolver também a outros medicamentos similares.

As reações adversas mais comuns são urticária e edema (vermelhidão, placas na pele e inchaço). Ocasionalmente podem provocar asma, rinite, sinusite, polipose e outras reações graves, em pessoas suscetíveis.

A avaliação clínica do alergista é fundamental para a identificação do agente desencadeante.

Precauções:

- Idosos não devem tomar medicamentos sem prescrição médica, mesmo aqueles de uso rotineiro, como analgésicos e anti-inflamatórios. A automedicação é desaconselhável e perigosa.
- Existe uma grande gama de remédios contendo analgésicos e/ou anti-inflamatórios, com nomes comerciais diferentes. Além disso, estes produtos podem estar presentes em medicamentos aparentemente inocentes, como por exemplo, antigripais, remédios para digestão, para combater ressaca, entre outros, confundindo o usuário e agravando o problema.
- Uma pessoa sensível a um determinado analgésico não deve tomar outro, pois há risco da reação se repetir. Por exemplo, pessoas que têm reação com AAS (aspirina) devem evitar uso de dipirona, pirazolônicos ou anti-inflamatórios.
- Mesmo o uso de anti-inflamatórios na forma de cremes, colírios e colutórios também pode provocar reações adversas variadas, tais como: dermatite de contato, urticária, fotossensibilização e outros.

- O médico alergista está capacitado a realizar testes com medicamentos, pois esses testes têm potencial risco de provocar reações graves.
- O médico pode indicar uma medicação alternativa em substituição ao remédio que provocou reação. Não existe um remédio que seja seguro para todos os alérgicos, pois cada pessoa é única e deve ser orientada de forma personalizada.

Medicamentos Utilizados em Doenças do Coração e Hipertensão

Captopril, Enalapril e similares (Inibidores da ECA)

Os medicamentos chamados inibidores da ECA (enzima conversora de angiotensina) são amplamente utilizados por idosos no tratamento da hipertensão arterial e outras doenças cardíacas com eficácia e segurança. Contudo, uma pequena parcela desses pacientes poderá apresentar reações indesejáveis, sendo as mais comuns a tosse, piora de sintomas da rinite, erupções na pele e angioedema entre outros.

A tosse desencadeada pelos inibidores da ECA é em geral seca, irritativa, com acessos principalmente noturnos. Nem sempre é fácil identificar a tosse como efeito colateral do remédio, pois pode surgir após poucos dias como também somente após meses de sua utilização. Além da tosse, pode ocorrer também piora de rinite alérgica, congestão nasal, coriza, pigarro, dor na garganta, aumento da saliva e rouquidão.

Na pele, os principais efeitos colaterais são a urticária e o angioedema. Mais raramente podem ocorrer formas graves de alergia. O angioedema (inchaço), quando presente, pode acometer face, lábios, língua, assoalho da boca, faringe, mãos, pés e em órgãos genitais. Em alguns casos, em especial no edema de língua, pode acarretar grave dificuldade respiratória.

Propranolol, Atenolol e similares (Betabloqueadores)

Os betabloqueadores estão indicados no tratamento da hipertensão e outras doenças cardiovasculares, bem como na enxaqueca e no glaucoma. Contudo, estes medicamentos podem provocar efeitos adversos, em especial a asma, em pacientes suscetíveis, mesmo quando usados sob a forma de colírios.

Diuréticos

HCT ou hidroclorotiazida é um diurético usado de forma frequente no tratamento da hipertensão arterial, Este medicamento é um derivado da sulfa podendo ocasionar reações alérgicas cutâneas e mais raramente, sintomas respiratórios.

Furosemida, um outro tipo de diurético, pode provocar manifestações alérgicas na pele, sensibilidade à luz solar e mais raramente anafilaxia.

Antibióticos

Penicilina

As penicilinas são os antibióticos mais usados, seja em sua forma natural ou como derivados sintéticos, em especial a amoxicilina. A alergia à penicilina se manifesta de forma imprevisível e variada, desde sintomas discretos até quadros graves:

- Erupção cutânea: caracterizada pelo aparecimento de lesões rendilhadas e avermelhadas na pele;
- Coceira, placas de urticária;
- Inchaço de lábios, pálpebras e face;
- Asma (broncoespasmo);
- Rinite;
- Sintomas gastrointestinais;
- Alterações cardiovasculares.

A penicilina possui derivados, como as cefalosporinas e por isso, algumas pessoas alérgicas à penicilina, reagem também às cefalosporinas.

É possível realizar testes com alguns tipos de penicilina, seja no sangue (dosagem da IgE específica) ou na pele. Mas, o teste cutâneo com penicilina só pode ser feito por médico em local com recursos para atendimento emergencial, pois se a pessoa for alérgica ao medicamento poderão ocorrer reações graves.

Sulfas

Sulfas ou Sulfonamidas são medicamentos bastante utilizados no tratamento de infecções, destacando-se o sulfametoxazol-trimetoprina.

A reação adversa mais comum às sulfas é a erupção na pele, generalizada, com lesões cutâneas variadas.

Algumas substâncias são quimicamente relacionadas com a sulfa, como diuréticos tiazídicos, hipoglicemiantes, anestésicos do grupo da procaína e anti-hipertensivos inibidores da ECA do grupo do captopril. Por isso, podem apresentar reações adversas semelhantes às da sulfa.

Antibióticos de uso local

Antibióticos por via tópica, destacando-se neomicina, gentamicina e cloranfenicol, são utilizados sob a forma de cremes, pomadas, loções, curativos, colírios, gotas para ouvidos, produtos ginecológicos e colutórios, sejam isolados ou em associações. As reações alérgicas na pele são as mais citadas, sendo raras as manifestações gerais.

Medicamentos Utilizados em Doenças Neurológicas

Os medicamentos mais utilizados como calmantes são os benzodiazepínicos, que podem provocar: coceira, urticária, angioedema e outras lesões na pele. Podem também provocar sensação de falta de ar em portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica.

Fenobarbital, usado como anticonvulsivante pode provocar alergia (prurido, urticária, erupção na pele), em especial nas pessoas com alergia prévia.

As reações alérgicas às fenotiazinas se manifestam por coceira, urticária, dermatite de contato e fotossensibilidade.

A risperidona, droga antipsicótica, usada em alguns casos de demência senil, pode provocar reações alérgicas na pele. Já os antidepressivos raramente provocam alergias.

As hidantoínas ou fenitoína usadas no tratamento da epilepsia podem provocar reações variando desde erupção na pele leves até reações gerais muito graves.

A carbamazepina, um anticonvulsivante muito utilizado, pode provocar um significativo número de reações alérgicas, desde uma lesão na pele até o aparecimento da **síndrome de hipersensibilidade à carbamazepina**, que se manifesta por febre, gânglios aumentados, erupção cutânea generalizada, alterações no fígado e no sangue.

Medicamentos Utilizados em Diabetes

A prevalência de reações alérgicas à insulina tem decrescido nos últimos anos com o surgimento das insulinas humanas recombinantes, que causam menos alergia.

As reações locais à insulina são as mais comuns, podendo aparecer na primeira hora, ou tardiamente, até 24 horas após a aplicação, ocorrendo geralmente nas primeiras quatro semanas do tratamento. Surgem: vermelhidão, inchaço, coceira e dor no local da injeção. Tais manifestações costumam ser moderadas, desaparecendo espontaneamente em três a quatro semanas com a continuação da terapia. Porém, em alguns casos, podem persistir e preceder uma reação em todo o corpo.

As reações sistêmicas à insulina são raras e podem se acompanhar de broncoespasmo, urticária, angioedema, hipotensão e sinais de anafilaxia. Em geral, surgem com a reintrodução da terapia em pacientes que interromperam o tratamento com a insulina.

Atrofia subcutânea pode ocorrer quando a insulina humana é injetada repetidamente no mesmo local.

Sulfoniluréias são hipoglicemiantes orais cujas reações alérgicas incluem: coceira, avermelhamento da pele, urticária, erupções na pele e fotossensibilidade. A metformina, provoca poucas reações de hipersensibilidade.

Colírios

A ocorrência significativa de alterações oftálmicas, como por exemplo, conjuntivite, catarata e glaucoma, faz com que o uso de colírios seja comum na população geriátrica. Os medicamentos mais utilizados incluem: betabloqueadores oftálmicos, antiinflamatórios não hormonais, corticosteróides oculares e antibióticos.

O principal efeito adverso dos colírios betabloqueadores usados no tratamento do glaucoma é a ocorrência eventual de broncoespasmo em pacientes suscetíveis, ou seja, com passado pessoal ou familiar de asma.

O uso de anti-inflamatórios não esteroidais em colírios tende a ser bem tolerado, mas na dependência de suscetibilidade individual poderá provocar efeitos adversos alérgicos significativos, como por exemplo: vermelhidão, coceira, eczema em pálpebras, urticária, e broncoespasmo. Pode ocorrer fotossensibilidade, sendo recomendado evitar a exposição ao sol durante o uso do colírio.

Colírios contendo corticosteróides e antibióticos são bastante utilizados mas tem poucos efeitos adversos alérgicos na população geriátrica.

Medicamentos utilizados no aumento do ácido úrico

O alopurinol é um medicamento utilizado em reumatologia no tratamento da hiperuricemia (aumento do ácido úrico). As principais manifestações adversas ao alopurinol são: coceira, vermelhidão, erupção na pele, urticária, dermatites, vasculite, e outros quadros mais graves.

Contrastes iodados

Os contrastes iodados são substâncias injetadas na veia para realização de alguns exames, com o objetivo de melhorar a visualização e auxiliar na investigação de inúmeras doenças.

As reações adversas aos contrastes nem sempre são alérgicas. Podem ser de 3 tipos:

- 1) Reações tóxicas ocorrem em resposta à ação direta do contraste, manifestando-se por calor e dor no local da injeção ou por sintomas gerais.
- 2) Reações vasovagais, como náuseas, vômitos, palidez são originadas pela ansiedade e medo e em geral sem gravidade.
- 3) Reações alérgicas (imunológicas) e não imunológicas são mais frequentes em pessoas com história pessoal de alergia ou que já tiveram sintomas em aplicações anteriores do contraste.

O mito de que as pessoas alérgicas a camarão ou a frutos do mar são também alérgicas a iodo é improcedente e não impede o uso de contraste iodado.

Recomenda-se que o exame seja realizado em local adequado e se necessário, em ambiente hospitalar, dotado de condições para tratar de imediato e reverter possíveis efeitos adversos. Havendo indicação, é recomendado o uso de contraste de baixa osmolaridade e pré-medicação com corticosteróides e antihistamínicos, a critério do especialista.

A ressonância magnética é uma opção ao idosos que tem reação aos contrastes iodados.

Contrastes paramagnéticos, como gadolínio, são usados para exames de ressonância magnética, com relativa segurança, sendo poucos os relatos de reações alérgicas.

Anestésicos

As anestésias utilizadas em cirurgias podem ser gerais, raqui ou peridurais. Em qualquer destes tipos, o termo “procedimento anestésico” engloba todo o período – antes, durante e após o ato cirúrgico, quando o paciente está sob o efeito de vários medicamentos e não apenas dos anestésicos propriamente ditos. Incluem-se aqui ansiolíticos, neurolépticos, hipnóticos, bloqueadores neuromusculares (curares), sem deixar de citar outras substâncias que poderão ser utilizadas no pré e no pós operatório, como antibióticos, antissépticos, analgésicos, sangue e seus derivados.

É preciso lembrar ainda a alergia ao látex, em pessoas predispostas, fator cada vez mais importante nos episódios de reações em anestésias.

Os bloqueadores neuromusculares ou relaxantes musculares são responsáveis pela maior parcela de anafilaxia durante cirurgias.

A ocorrência das reações adversas à medicamentos no período pós-operatório em geral não se deve ao efeito anestésico, mas sim ao uso de analgésicos e anti-inflamatórios, em especial nos pacientes sensíveis ao AAS e drogas correlatas.

A alergia numa cirurgia pode se manifestar por sintomas cutâneos como coceira, vermelhidão, urticária, angioedema. Em alguns casos, pode se acompanhar de sintomas mais graves, gastrintestinais, cardiovasculares, respiratórios e anafilaxia.

Anestésicos locais englobam dois grupos químicos básicos:

Grupo Amida: é o grupo mais utilizado sendo a xilocaína (ou lidocaína), bupivacaína e prilocaína os seus principais representantes. A xilocaina é o anestésico local mais usado, não só em emergências cirúrgicas e procedimentos odontológicos, como ainda em socorros cardiovasculares, como antiarrítmico.

Grupo Éster: é representado principalmente pela tetracaína, benzocaína e procaína.

A alergia a anestésicos locais é rara, levando-se em conta o número de procedimentos médicos e odontológicos em que estes fármacos são utilizados. As reações adversas a anestésicos locais podem ser:

- 1) vasovagais, resultantes da ansiedade e medo.
- 2) tóxicas – resultantes de dosagem alta, por rápida absorção ou por administração inadvertida intravascular.
- 3) reações alérgicas (imunológicas) e não imunológicas em pessoas suscetíveis.

PRINCIPAIS MEDICAMENTOS USADOS PARA TRATAR ALERGIA EM IDOSOS



ANTIALÉRGICOS - ANTIHISTAMÍNICOS

Histamina é o nome de uma substância química envolvida nas reações alérgicas. Quando a histamina é liberada, provoca os sintomas clínicos que variam de acordo com a localização do processo alérgico.

Os anti-histamínicos (ou antialérgicos) antagonizam a ação da histamina. Exercem uma ação importante na rinite alérgica, diminuindo a coriza e reduzindo os espirros e a coceira. Na conjuntivite alérgica, diminuindo a coceira, o lacrimejamento e a vermelhidão dos olhos. Na urticária, combatendo a coceira, reduzindo as pápulas e a inchaço.

Anti histamínicos para uso oral e injetável

Existem antialérgicos mais antigos, chamados de primeira geração, pois foram os primeiros a serem usados no tratamento das doenças alérgicas, como por exemplo a dexclorfeniramina, hidroxizina, prometazina e a ciproheptadina. O efeito colateral mais comum e incômodo é a sedação. Portanto estes medicamentos devem ser evitados em pessoas que exerçam atividades que necessitem atenção e concentração.

Outro grupo de anti-histamínicos são conhecidos como de “segunda geração”, pois são os mais modernos, englobando uma vasta gama de produtos como: loratadina, desloratadina, cetirizina, levocetirizina, ebastina, fexofenadina e bilastina. Estes medicamentos proporcionam o alívio dos sintomas causando pouca sedação e mínimos efeitos na atividade psicomotora.

Anti-histamínicos + descongestionantes em uso associado

Algumas formulações associam anti-histamínicos a descongestionantes. Varias destas associações são comercializadas com venda livre e até anunciadas na mídia como antigripais. Na associação com pseudoefedrina (efeito descongestionante), o nome comercial vem acrescido da letra D.

O uso da pseudoefedrina pode provocar efeitos colaterais desagradáveis, como taquicardia, palpitações, insônia, nervosismo, irritabilidade, problemas na próstata e glaucoma entre outros. Por isso, seu uso em pessoas idosas deve ser cauteloso e, se possível, evitado.

Anti-histamínicos de uso nasal e ocular

São utilizados anti-histamínicos em forma de spray nasal ou de gota ocular para tratamento da rinite e da conjuntivite alérgica, com mínimos efeitos colaterais. Entre eles estão a azelastina, olopatadina, emedastina e cetotifeno.

Anti-histamínicos usados sob a forma de cremes e pomadas

O uso desses medicamentos não é recomendado devido à sua baixa eficácia e alto índice de reações alérgicas como a dermatite de contato, muitas vezes de grande intensidade.

CORTISONA (CORTICOSTERÓIDE OU CORTICÓIDE)

A cortisona pode ser considerada um milagre terapêutico do século 20 para o tratamento das doenças alérgicas. Manifestações como asma, urticária, anafilaxia e várias outras, antes potencialmente fatais, tiveram seu prognóstico mais ameno desde que este medicamento foi introduzido no mercado.

Entretanto, mesmo após mais de meio século de inestimáveis benefícios, o emprego da cortisona ainda provoca questionamento na população alérgica ou até mesmo em boa parte da classe médica. Isto porque, pode determinar o aparecimento de efeitos adversos, felizmente reversíveis em sua grande maioria.

Nos idosos portadores de manifestações alérgicas, a utilização da cortisona precisa ser criteriosamente avaliada, reservada para pessoas realmente necessitadas e sob supervisão médica. Em geral, os idosos têm outras manifestações patológicas além da alergia, nas quais os corticoides podem interferir.

A cortisona, do ponto de vista “benefício versus risco”, quando corretamente aplicada no tratamento de doenças alérgicas, constitui um medicamento seguro e mesmo imprescindível.

Corticóides por via oral

Usados sob forma de comprimidos ou como xaropes devem ser utilizados preferencialmente por poucos dias, sendo uma medicação valiosa e segura. A prescrição e o acompanhamento do médico são fundamentais para que o tratamento ocorra com segurança.

No caso da asma, é importante chamar a atenção sobre o medo do corticoide por causa dos efeitos colaterais. Porém, o retardo no uso da cortisona pode acarretar piora da doença e levar à internação hospitalar.

Corticóides injetáveis

Os corticóides podem ser utilizados por via venosa ou intramuscular nas crises agudas de asma e em situações de emergência como urticária grave e mesmo choque anafilático.

Entretanto, existem no mercado algumas formas para uso intramuscular, com liberação lenta (formas de depósito), permanecendo na circulação por cerca de 20 a 30 dias após uma única aplicação. Este tipo de injeção deve ser evitada em idosos, pois não se tem noção exata do tempo necessário para sua eliminação, aumentando os efeitos colaterais.

Principais efeitos colaterais dos corticóides por via oral ou injetável

Estes efeitos ocorrem na dependência da dose e tempo de uso.

- Aumento de peso com deposição central de gordura (giba de búfalo).
- Tendência a aumentar a pressão arterial.
- Retenção de água (edema).
- Tendência ao aumento do açúcar no sangue (diabetes).
- Aumento da acidez estomacal (azia, gastrite).
- Perda de cálcio ósseo (tendência à osteoporose).
- Insônia, agitação.
- Aparecimento de câimbras.
- Acne, surgimento de pêlos na face.

Corticóides inalados

O uso inalado é considerado padrão ouro no tratamento da asma e da rinite alérgica, atuando no processo inflamatório das vias respiratórias e resultando no controle da doença. Deve ser mantido de forma contínua e por tempo prolongado.

Estes medicamentos são formulados em doses mínimas (microgramas), proporcionando uma ação direta nas vias respiratórias, com pequena interferência no resto do organismo e com outras medicações. Por isto, a cortisona sob a forma inalada é de extrema utilidade para pacientes idosos, controlando eficientemente sintomas nasais e brônquicos.

Causam poucos efeitos colaterais, mesmo no uso prolongado, entretanto podem provocar rouquidão (disfonia) e candidíase oral (“sapinho”). Os efeitos colaterais gerais são raros e de pequena intensidade.

Os corticóides inalados podem ser usados sob forma de nebulização, como “sprays” ou aerossóis (popularmente conhecidos como «bombinhas”) ou ainda em forma de inaladores de pó. No caso dos aerossóis ou sprays, recomenda-se também o uso de espaçadores. É imprescindível lavar a boca após o uso.

Vantagens do uso do corticoide inalado:

- A medicação atua mais rápido;
- As doses são menores (microgramas);
- Os efeitos colaterais gerais são mínimos;
- Podem ser utilizados por tempo prolongado sem alterar o equilíbrio do organismo.

Corticóides de uso cutâneo

Empregados em forma de cremes, pomadas e loções para uso na pele, estes medicamentos são eficazes e seguros, mas não são isentos de riscos. Por isso, só devem ser utilizados com acompanhamento médico.

BRONCODILATADORES

Os broncodilatadores são remédios importantes para aliviar sintomas da asma. Atuam relaxando a musculatura que circunda os brônquios e bronquíolos, que está contraída na crise. Os efeitos colaterais mais comuns dos broncodilatadores são: taquicardia, palpitação e tremores nas mãos.

Estes medicamentos usados sob a forma de “bombinhas” não fazem mal ao coração, não viciam e não causam mortes. Mas, é importante entender que os broncodilatadores são apenas aliviadores e não tratam o problema da asma, que é a inflamação dos brônquios. Por isso, devem ser usados apenas como resgate e passada a crise, devem ser substituídos por medicamentos controladores.

Um preconceito comum é temer o uso de remédios inalados e preferir usar broncodilatadores sob a forma de comprimidos ou xaropes. Estes são mais fortes, pois são dosados em miligramas, em comparação com os inalados, dosados em microgramas. Assim, comprimidos e xaropes provocam mais efeitos cardiovasculares e tremores do que os sprays (“bombinhas”).

IMUNOTERAPIA (VACINAS PARA ALERGIA)

A imunoterapia ou tratamento com vacinas para alergia consiste na introdução de mínimas porções da substância a que a pessoa é alérgica, de modo contínuo, até o organismo não reagir mais de maneira anormal àquela substância. Por exemplo, nas alergias respiratórias, injetam-se mínimas quantidades de extratos contendo ácaros da poeira domiciliar. O objetivo é diminuir a sensibilidade e assim controlar a doença.

Este método de tratamento de doenças alérgicas foi criado em 1911, por Leonard Noon e John Freeman dois cientistas ingleses, que criaram a primeira vacina para tratar a rinite alérgica utilizando extrato de polens. Desde então, inúmeros estudos científicos foram realizados, solidificando o uso da imunoterapia nesses 100 anos de existência, que até hoje permanece como medida de primeira linha.

A imunoterapia induz uma série de alterações na resposta imunoalérgica que resultarão na redução do grau de sensibilização, impedindo reações alérgicas imediatas. Também interfere na inflamação, característica das condições alérgicas respiratórias como rinite alérgica e asma.

O médico alergista analisa os dados clínicos de cada paciente, pesquisa quais os possíveis fatores envolvidos e realiza testes alérgicos (na pele ou no sangue) para definir a indicação e o tipo de imunoterapia para cada caso.

Este tratamento deve ser feito com alérgenos padronizados e adequados para cada paciente. Está indicado quando não for possível afastar totalmente os alérgenos, como no caso dos ácaros da poeira.

A imunoterapia é parte de um tratamento que engloba também o uso de medicamentos (aliviadores e controladores), bem como as medidas de controle ambiental no domicílio.

É importante ressaltar que a medicina moderna dispõe de medicamentos eficazes para tratar as alergias que também podem controlar os sintomas da doença. Mas, infelizmente, quando o tratamento é interrompido, os sintomas podem retornar. As vacinas alergênicas promovem o controle duradouro dos sintomas e seu efeito permanece mesmo após sua interrupção. É o único tratamento capaz de modificar a história natural da doença e de prevenir o retorno dos sintomas alérgicos.

O tratamento começa com uma fase chamada de “indução”, com aplicação de doses crescentes e sucessivas. Após este período inicial, o tratamento é mantido com sua dose efetiva, sendo chamada “fase de manutenção”, quando o efeito do tratamento é obtido de forma plena. O tratamento com vacinas alergênicas é longo, durando em média três a cinco anos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), endossou o emprego da imunoterapia em pacientes que apresentam reações graves (anafiláticas) a insetos (abelhas, vespas, marimbondos e formigas) e nos indivíduos sensíveis a alérgenos ambientais que apresentem manifestações clínicas, como rinite, asma e conjuntivite.

Reações adversas

As reações locais: são as mais comuns. São leves e incluem vermelhidão e inchaço no local da injeção. Isso pode acontecer imediatamente ou várias horas após a aplicação. O médico deve ser comunicado caso ocorram, mas nem sempre será necessário interromper o tratamento.

As reações gerais ou sistêmicas como a piora transitória dos sintomas alérgicos, minutos ou horas após aplicar a vacina, ou ainda urticária ou anafilaxia são bastante raras. Estas reações ocorrem normalmente dentro de 30 minutos após a aplicação da dose da vacina e necessitam de tratamento imediato. A imunoterapia deverá ser interrompida até uma nova avaliação pelo alergista.

Contra-indicações:

A imunoterapia não deve ser indicada nas seguintes condições:

- Pessoas portadores de asma sem controle adequado ou com asma grave.
- Pacientes em uso de betabloqueador.
- Pessoas portadoras de doenças malignas (câncer) ou doenças psicológicas graves.

A idade avançada não constitui um fator que contraindique a imunoterapia, porém recomenda-se considerar cada indicação, de acordo com os riscos e benefícios inerentes ao paciente idoso.

O tratamento pode não atingir a resposta desejada. A ausência de resposta à imunoterapia pode ser devido a vários fatores, tais como:

- Dose insuficiente do alérgeno na vacina.
- Alérgenos não identificados durante a avaliação da sensibilidade alérgica.
- Altos níveis de alérgenos no ambiente (ou seja, controle ambiental inadequado).
- Exposição significativa a substâncias irritantes (por exemplo, a fumaça de cigarro).
- Irregularidade na aplicação das doses devido ao longo período de tratamento.

A imunoterapia, associada aos cuidados ambientais, é a melhor forma de se obter o controle dos sintomas alérgicos além de prevenir a progressão da doença para quadros mais graves.

MEDICAÇÃO INALADA PARA ASMA

O tratamento atual da asma utiliza preferencialmente a medicação inalada, comprovadamente mais eficaz, atuação mais rápida, emprego de doses mínimas de medicamentos (microgramas) e com menores efeitos colaterais.

As pessoas idosas não devem temer o uso das “bombinhas” pois são seguras, não viciam, não engordam e não causam mal ao coração. O INCOR, famoso instituto brasileiro de cardiologia ensina em seu site (www.incor.usp.br) a técnica de uso dos principais inaladores. Usados corretamente, os remédios inalados são grandes aliados no tratamento da asma.

Os principais métodos usados na inalação de medicamentos são:

- Aerossol ou spray (“bombinhas”)
- Inaladores de pó seco
- Nebulizadores

Aerossol ou Spray

O aerossol ou spray é chamado popularmente de “bombinha”.

Como usar o spray sem espaçador



Retirar a tampa e agitar o dispositivo

- Expirar (soltar o ar dos pulmões) lentamente.
- Posicionar o dispositivo 3 a 4 cm da boca ou acionar dentro da boca.
- Sincronizar o disparo do jato com uma inspiração lenta e profunda.
- Ao final, prender a respiração por 10 segundos (contar até dez mentalmente).

Se for preciso aplicar dois jatos, esperar cerca de um minuto entre um jato e outro.

Após o uso, enxaguar a boca com água filtrada e gargarejar, sem engolir.

Como usar o spray com espaçador



Remover a tampa do spray, agitar o frasco, posicionar e conectar ao espaçador

Expirar (soltar o ar dos pulmões)

- Colocar o bocal do espaçador na boca.
- Disparar um jato do medicamento.
- Inspirar lenta e profundamente pela boca – esperar 5 ou 6 movimentos respiratórios, mantendo o espaçador na boca.

Se for possível, orientar a pessoa a fazer pausa no final de cada inspiração.

Após o uso, enxaguar a boca com água filtrada e gargarejar, sem engolir.

- Espaçadores são indicados em idosos.
- Pacientes debilitados ou idosos com dificuldade de coordenação motora devem usar o espaçador com máscara. A técnica de uso é semelhante, ressaltando que a máscara deve ficar firmemente encostada na face.
- Os espaçadores podem ser lavados com água e detergente caseiro. Secar sem enxugar.
- Periodicamente recomenda-se verificar seu funcionamento.

Inaladores em pó



Os principais inaladores que utilizam o sistema de pó, são: inaladores de cápsula, inaladores “Turbuhaler” e inaladores “Diskus”

Preparo da dose

Inaladores de cápsula: mover ou suspender a tampa do inalador e colocar uma cápsula, em seguida perfurá-la comprimindo várias vezes, os botões laterais, ou o botão na frente, dependendo de cada tipo de dispositivo.

Turbuhaler: retirar a tampa, manter o inalador na vertical, girar a base colorida no sentido anti-horário e depois no sentido horário até escutar um clique. No 1º uso: repetir estas etapas por três vezes antes de inalar pela 1ª vez.

Diskus: rodar o disco no sentido anti-horário, em seguida puxar a alavanca para baixo até escutar um clique.

Técnica de uso

- Expirar normalmente e colocar o dispositivo na boca.
 - Inspirar o mais rápido e profundo possível.
 - Fazer pausa pós-inspiratória, prendendo a respiração por 10 segundos.
 - Nos inaladores de cápsula, fazer nova inspiração, mais profunda que a anterior, caso reste pó na cápsula.
-
- Inaladores de pó necessitam de força inspiratória para funcionar adequadamente.
 - Idosos debilitados poderão ter dificuldade com este método.

Nebulizadores



A nebulização pode ser feita com aparelhos “de jato” que utilizam ar comprimido e “ultrassônicos”.

Como usar:

- Diluir a dose de medicamento em 2 ou 3 ml de soro fisiológico.
- Adaptar a máscara firmemente sobre a face (cobrindo a boca e o nariz). Perda de 50% da dose com distância > 2 cm.

- Ligar o compressor.
- Respirar de boca aberta lenta e pausadamente.
- A nebulização não deve durar mais de 10 minutos.
- Realizar manutenção e limpeza periódicas dos copinhos de nebulização e compressores elétricos.

A técnica de uso dos inaladores deve ser cuidadosamente ensinada pelo médico e reavaliada em cada consulta.

A escolha do dispositivo varia de acordo com as características e com a preferência de cada pessoa, já que, em tese, todos os dispositivos são eficazes quando usados de forma adequada.

Fonte: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma

Envelhecer é um processo biológico, que faz parte do ciclo vital da humanidade. E, é fato que o mundo caminha para um perfil demográfico envelhecido. Contudo, não basta viver mais. É essencial que se procure viver melhor.

Ao contrário do que se pensa, a alergia não é uma modernidade. A palavra asma foi cunhada por Hipócrates, o pai da medicina. Maimônides, médico que viveu no Cairo por volta de 1100 DC, em seu “Tratado de Asma”, já descrevia: *“O ar da cidade é estagnado, turvo e denso. Ventos levam o ar para dentro das casas e muitos ficam doentes com asma, sem se aperceberem disso. A manutenção do ar limpo é a primeira regra para preservar a saúde do corpo e da alma”*.

O século XXI caminha sob a constatação de que as doenças alérgicas estão em franca ascensão no mundo todo, acometendo todas as idades. É natural que, com as pessoas vivendo mais, tenhamos mais idosos com doenças alérgicas.

Esta obra, escrita por alergistas experientes, traz dicas práticas e importantes. Atitudes incorretas, mitos e preconceitos podem prejudicar o tratamento e agravar a alergia. Por isso, é importante englobar a família, profissionais de saúde e cuidadores,

O esclarecimento, bem como o estímulo à autonomia e auto manejo supervisionado da alergia pelo próprio idoso, certamente são essenciais para superar a doença e ter uma vida saudável.

Idosos podem ter Alergia?
Alergia cura com a idade?
Coceira pode ser alergia?
Qual o melhor xarope para tosse?
Posso ter alergia de um remédio que sempre tomei?

Estas e muitas outras perguntas, são respondidas no livro “Alergia em pessoas idosas”, editado pela equipe médica da Clínica de Alergia da Policlínica Geral do Rio de Janeiro.

A alergia, durante muitos anos, foi conhecida como uma “doença de criança”. Este conceito se modificou progressivamente, na medida em que a perspectiva de vida se expandiu. Com isso, os processos alérgicos passaram a ser identificados em novas faixas etárias, de tal forma que pessoas com 70, 80 e até 90 anos passaram a constituir um importante grupo de pacientes com alergia.

As doenças alérgicas são aqui apresentadas de maneira clara e didática, para que os idosos, seus familiares e cuidadores possam conhecer os diversos aspectos envolvidos no tratamento e prevenção da Alergia.



Apoio:



ISBN: 978-85-93505-00-3

