Tem-se desenvolvido mUltiplos trabalhos de com o mon6xido de carbono e principal-
mente como 6xido nitrico que apresentam altos niveis de nas inflamat6rias cr6nicas, como e o caso da asma e cuja no ar exalado permite uma directa do grau de e poder:io assim ser utilizados como complemento do estudo funcional respiratorio classico. Por ultimo merece aincla uma referencia a oscilome-

tria de impulso, que e urn metodo de avaliacrao funcio-

TEXT OS

nat respirat6rio baseado na tecnica das oscilayoes e que permite o estudo da da respira-
nao em condiy5es mais fisiol6gicas do que os tradicionais parametros espirornetricos em profunda e Permite de uma forma rapida, nao invasiva e com a mfnirna do doente, obter a partir de um de normal em repou-so, urn elevado numero de informa90es sobre as altera-ftOeS da mecaruca ventilat6ria, sobretudo a obstrucrao a nfvel das vias aereas perifericas.

Diagn6stico in vivo da Asma Bronquica

JORGE FERREIRA*

RESUMO

0 diagn6stico in vivo da asma bronquica, continua
a constituir urn desafio aliciante de crescente actuali-dade na actividade clfnica. A hist6ria clinica, exame ffsico, testes de sensibilidade cutanea e da qualidade de vida, quando complementados com o estudo funcional respirat6rio, constituem a base da abordagern desta doen9a, fu ndamentais ao seu diagn6stico e Neste artigo, pretende-se passar em revista alguns dos conceitos mais praticos relativos ao diagn6stico in vivo da asma bronquica, contomando, necessariamente, as "abordagens labora-toriais'' desta doen9a.

Palavras chave: Asma; diagn6stico; in vivo; testes cutaneos; qualidade de vida.

ABSTRACT

The in vivo diagnosis of asthma remains a challen-ge in clinical practice. The clinical history, physical examination, skin teslc; and quality of life evaluations, with additional respiratory function tests, are the basis of diagnosis and monitoring of this disease. We review some of the most practical aspects of the in vivo diagnosis of asthma.

Key-words: Asthma; diagnosis; in vivo; skin tests; quality of life.

lNTRODU<;AO

0 diagn6stico da asma bronquica, tern constitufdo
ao Iongo dos tempos urn desafio que tern captado o

• Assistente Hospitalar de Pneumologiu, de Pncumologia. Depannmento de Medicina
Hospital Pedro Hispuno. Matosinhos
Estudame de Doutoramento do Faculdade de Mcdicina do Pono

Setembro/Outubro 2000 Vol. VI W5 47 1

REVJSTA PORTUGUESA DE PNEUMOLOGIA/XV CONGRESSO DE PNEUMOLOGTA

interesse de clfnicos e investigadores. Na Hist6ria da
Medicina, sao conhecidas as referencias a esta doen-
algumas vezes deuciosamente desajustadas, outras
vezes plenas de actualidade:

" ... as sao susceptfveis a convu.lsoes e asma,
que slio consideradas como resultado de visitar;oes divinas, e a doem;a, por si mesma, e sagrada". Hip6cratcs (460-370 A.C.)

" ... mas quando falo de um doente sofrendo de dijicul-dade em respirar devido a humores viscosos, e::.pessos ou abundantes, flu indo para o interior dos pulmoes, cornpreendo que tais coisas se passam rws bronquios". Galeno, seculo IT A.C.

"/have suffered under the Tyranny of the Asthma, at least, Thirty Years; and therefore think myself to be fully informed in the History of that Disease"
Sir John Floyer. Treatise of the Asthma. 1698

A asma e uma extremarnente comum, sendo na actualidade a principal causa de hospitalj-infantil nos Estados Unidos da America (I). ParadoxaJmente, embora nos ultimos anos se tenham verificado importantes no conhecimento e terapeutica da doen9a, a prevalencia e morbilidade da asma, particularmente em com menos de 6 anos de idade, tern vindo a aumentar nos paises industrializados (1).
0 diagn6stico da asma e feito clinicamente, usualmente com base numa hist6ria de sintomas sugestivos, confirmados por evidencia objectiva de obstru9ao variavel ao fluxo respirat6rio (2).
0 nfvel de acuidade do diagn6stico de asma e provavelmente dependente da idade do doente. Por exemplo, o diagn6stico de asma em adultos jovens e normalmente facil, uma vez que ha habitualmente poucas que mimetizam asma ou con:fun-dem a sua clinica (2). Como aumento da idade, no entanto, as cardiovasculares e as respirat6rias cr6nicas tomam-se mrus co-
muns, sendo o diagn6stico mais complicado. Uma vez que o valor predictive dos achados clinicos e labora-toriais no estabelecimento do diagn6stico de asma

472 Vol. VI N° 5

parece declinar como aumento da idade, a probabili-dade de erros diagn6sticos e mruor nos idosos (2). 0 diagn6stico da asma, fundamenta-se, portanto, na de urn con junto nem sempre consensual de padlmetros objectives e subjectivos de ordem clinica e fisiopatol6gica. Neste artigo, pretende-se passar em revista alguns dos cpnceitos mais pn1ticos relatives ao diagn6stico in vivo da asma bronquica, contomando, necessariamente, uma "abordagem laboratorial" desta

IDST6RIA CLiNICA

A hist6ria clfnica apresenta uma importancia detemlinante no diagn6stico da asma. Urn diagn6stico clfnico de asma e frequentemente realizado a partir de sintomas como dispneia epis6dica, pieira, aperto toracico e tosse, que sofrem agravamento durante a noite e nas primeiras horas da manha (3.4,5). No entanto, por si pr6prios, estes sintornas comuns nao sao diagn6sticos. Este aspecto, levou alguns autores ao desenv?lvimento de questionarios especificos, especialmente desenhados para uma melhor valori-de deterrojnados aspectos da mrus caracterfsticos. Urn exemplo conhecido deste tipo de questionarios e aquele desenvolvido pela lntematio-nal Union Against Tuberculosis and Lung Diseases (IUATLD) (6), para aplica9ao em estudos epidemio-l6gicos (Quadro I).

QUADROI
IUA TLD Asthma Questionnaire

• AJguma vez tcve pie ira no peito?
• Alguma vez teve um ataque de falta de ar ap6s uma
aclividade energica?
• Alguma vez acordou com um ataque de pieira?
• Alguma vez acordou com urn ataque de tosse?
• Alguma vez teve um aLaque de falta de ar que surgiu
durante o dia, quando se encontrava em repouso?

A das vertentes da abordadas neste tipo de recolha sistematizada da

Setembro/Outubro 2000

deve estar sempre presente na mente do cllnico. Na recolha da hist6ria da deve, portanto, prestar--se particular a alguns aspectos que podem ser determinantes no cUagn6stico clinico de asma (6):
• Hist6ria de recorrentes, frequente-mcnte provocadas por factores como alergeni-
os, irritantes, exercfcio e vfricas.
• Alfvlo esponraneo dos sintomas, ou, mais especificamente, atraves de tratamento bronco-dilatador e anti-in0amat6rio.
• Yariabilidade sazonal dos sintomas e uma

hist6ria familiar de asma e atopia.

EXAME FisiCO

A asma e uma comum. Os sinais e sinto-mas associados a esta patologia, como anteriormente referido, nao sao especlficos, podendo ocorrer em muitas outras doen9as respirat6rias. No entanto, a asma e frequentemente dlagnosticada com base na hlst6ria cllnica e exame fisico. 0 subdiagn6stico de asma permanece uma foote de uma vez que pode contribuir para o aumento da mortalidade e morbilidade desta (7). Os sintomas de asma varium nmp1amente ao Iongo do dla, podendo o doente, por vezes, parecer normal no momento do exame ffsico.

A dispneia e o mais frequente sintoma de asma, sendo uma consequencia do aumento do trabalho respirat6rio motivado pe1a obstru9ao das vias aereas. Durante uma grave crise de asma, a dispneia pode assumir urn can1cter assustador, fonte de grande ansiedade para o doente.
Ocasionalmente, os doentes podem referir uma sensayao de aperto torncico, que muitas vezes coloca problemas de diagn6stico diferencial com doent;a isquemlca carcHaca. Aquela csta normal men-te relacionada com o aumento do volume pulmonar observavel na asma (3).
A tosse e tarnbem urn sintoma frequente de asma. Pode, inclusivamente, constituir o unico sintoma de da acreditando-se que seja uma

Sctcmbro/Outubro 2000

TEXTOS

consequeocia das alterat;Oes inflarnat6rias observadas a nfvel da parede das vias aereas (3).
Durante urn ataque de asma e na asma cr6nica nao controlada o volume pulmonar esui aumentado. Este facto pode traduzir-se em do t6rax, detectavel no exame fisico.
A pieira e slbiHincia sao tambem achados caracte-risticos, frequentes na asma. Assumem urn caracter predominantemente expirat6rio, com dlversas tonali-dades, como consequencia da obstrut;ao de vias aereas de dlferentes calibres.

Frequentemente, associam-se a asma urn con junto de condit;oes que podem tambem contribuir para o diagn6stico desta doenya. A dermatite at6pica esta frequentemente associada a rinite alergica e a asma (3.5). No momenta do exame ffsico, podem por vezes ser dctcctadas evidencias daquelas doent;as. P6lipos nasa is podem tambem estar associ ados a asma bron-quica, particularmente em indlvfduos com hipersensi-bilidade a aspirina.

PROV AS FUNCIONAIS RESPIRA TORIAS

As mais irnportantes investigat;oes num doente com asma sao a hist6ria clfnica e a do grau de atraves do peak flow ou outra funcionaJ respirat6ria (3,6). Esta Ultima vertente essencial da abordagem do doente asmatico, sendo fundamentalmente "laboratorial'', nao sera alvo de desenvolvimento nesta revisao.

TESTES CUT ANEOS

Muitos doentes asmaticos apresentam uma tenden-cia para produzir IgE em resposta a alergenios inala-dos comuns. Isto pode ser investigado atraves de testes cutaneos. Urn teste cutaneo positivo indica que JgE espedfica se encontra fixada aos mast6citos na pete, e conduziu a uma resposta vasoactiva devido a de histamlna. Na pratica clfnica, urn diagn6stico de alergia espedfica e usualmente basea-

Vol. VI W5 473

REVISTA PORTUGUESA DE PNEUMOLOGIA/XV CONGRESSO DE PNEUMOLOGJA

do na hist6ria clinica, complementada por testes
cutaneos. A hist6ria e a base para suspeitar de hiper-
sensibilidade tipo I, sendo os testes usados para
confirmar ou excluir a presen9a de IgE especffica (8).
Quando a concentrayao do alergeruo e alta, ou a
sensibilidade do doente e extrema, pode seguir-se uma reacylio cutanea tardia, dentro de 4-6h (ou mesmo tao tardiamente como 24-48h), com eritema, ptipula e endurayao (3,9). Isto pode ser particulannente importante na investiga9ao da aspergilose broncopul-monar alergica (ABPA) (3).
Apenas urn m1mero lirrutado de alergenios e necessaria para a de rotina do prick test, em doentes com asma. No entanto, podem ser utilizados aJergenios adicionais, quando existe uma clara proba-bilidade do seu envolvimento nesta doenya.
E importante recordar que urn m1mero de alergeni-os menos comuns pode tambem ser responsavel por asma. Estes incluem alergenios de baratas, soja, fungos (incluindo Didymella, Alternaria e mesmo Trichophyton), latex, e amendoins.
Na programayao dos testes cutaneos, alguns aspectos merecem particular atenyao. Os antihlstamf-nicos de longa ac9ao (asterruzole) devem ser inter-rompidos durante 2 meses e os de curta ac9ao devem ser interrompidos pelo menos 2 dias antes. A hidroxi-zina, ketotifeno e antidepressivos tricfclicos devem ser interrompidos durante 2 semanas. A terapeutica com bloqueadores beta aumenta o risco de reacy5es adversas. Por outro lado, os broncodilatadores (inclu-indo adrenalina, teofilina, e agonistas beta orais), e os cursos terapeuticos curtos com cortic6ides (equivalen-tes a 30 mg de predrusolona/dia durante 1 semana), nao interferem significativamente no resultado dos testes (10).

Testes intradermicos

Com a obtenyao de potentes extractos de aeroaler-genios, os testes intradermicos (TID) nao apresentam vantagens sobre o teste de prick (1 1). Normalmente, s6 se fazem TID quando a hist6ria

474 Vol. V1 N° 5

clinica indica uma sensibilizayao relevante, tendo sido obtido urn prick test negativo (LO).
A vantagem dos TID consiste numa maior sensibi-lidade com extractos de baixa potencia.

Scratch Test

Devido a reduzida especificidade, os scratch tests dcixaram de ser recomendados (1 1).

Prick Test

0 skin prick test e rccomendado como o melhor teste cutaneo, devido a sua seguranya, facilidade de execuyao, e correla9iio com a doenya clfnica (10,1 1,12).

E melhor executado com uma lanceta especifica-mente desenvolvida, descartavel, de utiJizayaO uruca. A area de papula eo indicador mais frequentemen-te utilizado para avaliar o prick test, sendo aceites como positivas areas superiores a 7mm2 (diametro superior a 3mm) (10).
Estiio referidas ate 2% de reac9oes adversas com os testes in.tradermicos, enquanto com o prick test nao existe praticamente risco (13).
Para alergenlos inalados, ate cerca de 15% de resultados positivos sao falsos positivos, mas menos de 5% dos resultados negativos sao falsos negativos. Os testes cutaneos sao relativamente pouco fiaveis para alergeruos ali men tares, em parte devido a nature-za das prepara90es de alergeruos, e em parte devido As reacy5es a substancias ingeridas nao serem sempre mediadas pela lgE.
Quando cuidadosamente realizados, usando prepa-ra9oes com concentra9oes correctas, com controlo positivo (histamina) e negativo (diluente) adequados, os testes correlacionam-se bern com os resultados da

provoca9ao bronquica. Os resultados devem ser sempre correlacionados com a clfnica.
Os testes cutaneos podem ser amplamente utiliza-dos, fomecendo informa9oes uteis a abordagem da maior parte dos doentes com asma.

Setembro/Outubro 2000

Num doente individual, os testes cutaneos normal-mente nao se alteram radicalmente, mas tendem a tornar-se rnenos marcados com a idade. Novas respos-tas positivas podem surgir se houver uma nova exposi'tao do ambiente.
Normalmente, os testes cutaneos nao necessitam de ser repetidos, a nao ser que exista suspeita de envolvimento por urn novo alergenio.

TESTES CUTANEOS EM INDIVfDUOS ASSINTOMA TICOS

0 significado de testes positivos num doente assintomatico permanece pouco claro. No entanto, nao devem ser interpretados como falsos positivos, causados por urn efeito irritante, uma vez que alguns estudos tern demonstrado que esta positividade pode ser transferida (8). lndivfduos assintomaticos com testes positivos apresentam urn maior risco de desen-volvimento de sin to mas alergicos.
A positividade dos testes em indivfduos assinto-maticos pode ser devlda a (8):

• Manifestas;ao de uma alergia latente
• Resultado de uma sensibiliza9ao clinicamente inslgnificante no passado
• Uma expressao de hiperreactividade imune.

Na pcatica, deve ser considerada como urn poten-cial "gatilho" de sintomas, em situa9oes de exposi9ao particulares.

FACTORES QUE INFLUENCIAM OS RESULTADOS DOS TESTES CUTANEOS

• Tecnica utilizada
• Local de execus;ao dos testes
• Idade, sexo e ra9a
• Medica9ao concomitante
• Varia9lio na potencia dos extractos de diferentes fabricantes

Setembro/Outubro 2000

TEXT OS

FACTORES QUE INFLUENCIAM
A INTERPRET A<;AO DOS RESULT ADOS

Historia cllnica

0 diagn6stico de uma alergia especffica e baseado fundamentaJmente na hist6ria clinica. 0 diagn6stico e 6bvio quando 0 doente apresenta sintomas em contacto directo com a fonte do alergenio. No entanto, individuos sensiveis podem nao ter uma hist6ria clara, se sao expostos a baixas doses do alergenlo, ou se sao apenas ligeiramente sensfveis e estao continuamente expostos a concentra9oes elevadas do alergenio (8).

Testes in vitro

Antes de iniciar a imunoterapia, e usual comple-mentar os testes cutaneos com o RAST ou outros testes in vitro. Testes cutiineos com >5mm usualmen-te acompanham-se de positividade do RAST para o mesrno alergenio (14). Urn RAST negativo implica uma revisao da tecnica de do prick test, sendo de considerar a possibilidade de falsa positivi-dade dos testes. No entanto, geralmente, os testes in vitro apresentam uma menor sensibilidade que os testes cutiineos.

Testes de

Usualmente nao sao necesslirios para o diagn6stico de rotina. Tern, no entanto, urn papel importante na cientffica de alergia e na da perfonnance de outros testes (8). Os seus resultados dependem das concentra9ocs de alergenlos utHizadas.

dos alergeoios ambientais

E uma area de investiga9aO, particularmente uti! para estudos epidemiol6gicos. Continuam em desen-volvimento metodos para a aplica9ao desta tecnica na pratica clfnica de rotina.

Vol. VTWS 475

REVISTA PORTUGUESA DE PNEUMOLOGWXV CONGRESSO DE PNEUMOLOGlA

Tipo de aJergenio

• P61ens
A sazonalidade dos sintomas e a especificidade dos
testes perrnite uma acu.idade diagn6stica elevada (8).
• Acaros

Verificou-se uma altamente significati-va entre testes positivos para Dennatophagoides spp., hist6ria clfnica e bronquica. A observacrao de diferentes nlveis de reactividade cruzada entre diferentes especies de acaros torna impossivel avaliar correctamente o significado de reaccraes positivas a acaros que nao o D. pteronyssinus e D. jarinae (8).
• Fungos
Continua a saber-se muito pouco relativamente a antigenicidade da maioria dos fungos. Por outro !ado, os nossos conhecimentos acerca das variacroes nas concentracraes mensais de cada fungo por regiao continuam incompletos. 0 Alternaria altemata e normalmente a foote mais comum de aJergenios fungicos.

METODOS DE A VALIA<;AO DE MODIFICA<;OES NA SENSIDILIDADE CUT ANEA A ALERGENIOS

A maioria dos autores avaliararn as modificacraes na sensibilidade cutanea induzidas pel a imunoterapia ou tratamento farmacol6gico usando as alteracr5es no tamanho das papulas. Devido a relacrao entre modifi-cay()es no prick test e concentracroes alergenicas, apenas se detectam grandes diferencras na sensibilida-de cutanea quando se usa uma s6 concentracrao flXa de alergenio (15). Portanto, a comparacrao do tamanho das papulas antes e ap6s tratamento, em valor absolu-to ou percentual, nao pode ser recomendada. Uma pequena dirninu.icrao no tamanho das papulas pode indicae uma acentuada diminuicrao na sensibilidade cutanea. Por ex: uma reducrao de lO vezes na sensibi-Lidade cutanea corresponde a uma reducrao no diame-tro das papulas de 6,8 para4,5 mrn, e uma reducrao de 100 vezes na sensibilidade corresponde a uma dimi-nuicrao de 6,8 para 3 mm (15).

476 Vol. VI N° 5

Os baseados no parallel-Line bioassay (PLBA) sao preferiveis (15). Neste metodo, a maioria dos investigadores testararn pelo menos em duplicado, 3 ou mais concentray()es I 0 vez.cs superiores de prepa-racr5es alergenicas, antes e depois da imunoterapia. Este de vera ser considerado o mctodo de referenda.

QUALIDADE DE VIDA

Ao Iongo dos ultimos anos tern vindo a observar-
- se urn crescendo de interesse relativamente medi-cia Qualidade de Vida em doentes com asma, face a constatayao de que, no diagn6stico e monitorizacrao desta patologia, os parametros clfnicos convencionais nem sempre se correlacionam, de forma desejavel, como impacto individual da doencra e seu tratamento no estilo de vida dos pacientes.
A Qualidade de Vida e urn conceito recente na Medicina moderna. Representa uma medida de saude que, tal como medidas da morbilidade e mortalidade, pode ser utilizada na tomada de decis5es medicas. Visando urna avaliacrao objectiva da qualidade de vida em doentes asmaticos, tern sido desenvolvidos que funcionam como instrumentos de
(16). Os questionarios utilizaveis na asma, podem, fundamentalmente, dividir-se em questionari-os genericos e questionarios especf(icos da asma. Urn questionario de qualidade de vida, seja genen-co ou especffico de determinada doencra, deve apre-sentar deterrninadas caractcristicas (17):
I) medir a saude com acuidade
2) ser capaz de distinguir entre diferentes nlveis de saude, em diferentes doentes
3) ser sensfvel a clinicamente signi-ficativas na saude de urn doente individual
4) ser reprodutfvel
5) ser relativamente curto e simples
6) ser padronizado
7) ser validado.
No Quadro II apresentam-se alguns dos mais conhecidos questionarios de da Qualidade de Vida utilizados na asma e DPOC.

Setembro/OuLUbro 2000

QUADROU
Question:irios especfficos de qualidade de vida
em doentes com asma ou DPOC (18)

111e Chronic Respiratory Disease Questionnaire (CRDQ). Guyau
St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ), Jones Quality of Life for Respiratory Illness Questionnaire (QOL-RIQ), Maillt
Living With Asthma Questionnaire (L WAQ) Hyland
Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ), Juniper Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ), Marks

Os questionmos de qualidade de vida fomecem urn registo padronizado e quantificado dos problemas que os pr6prios doentes consideram como importan-tes, e do seu irnpacto nos aspectos funcionais, psico-

BmLIOGRAFlA

I. WEISS ST. Asthma. Epidemiology - Fishman AP. Fish-man's Pulmonary Diseases and Disorders. McGraw-Rill Companies 1998; pp: 735-743.
2. FISH JE, PETERS SP. Asthma. Clinical presentation and management- Fishman AP. Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders. McGraw-Hill Companies 1998; pp: 757-776.
3. COCHRANE OM, JACKSON WF, REES PJ. Asthma - Current Perspectives 1996; Mosby-Wolfe.
4. REES J, PRJCEJ. ABC of Asthma. 1995, BMJ Publishing Group.
5. HOLGATE ST. PAUWELS RA. Asthma. 1999, Health Press Limited.
6. GLOBAL STRATEGY FOR ASTHMA MANAGEMENT AND PREVENTION. NHLBUWHO/Workshop Repon. January 1995.
7. VEERARAGHA VANS, SHARMA 0. Diagnostic pitfalls in asthma. Current Opinion in Pulmonary Medicine 1998; 4:36-39.

8. PASTORELLO EA. Skin tests fGr diagnosis of IgE-media-tcd allergy. Position Paper: Allergen standardization and skin tests. Allergy 1993; 14 (48): 57-62.

Setembro/Outubro 2000

TEXTOS

l6gicos e sociais da saude, particulannente importan-tes na asma. Frequentemente, utilizarn-sequestionari-os desenvolvidos inicialmeote noutros idiomas. No en tanto, a de questiomllios de qualidade de vida desenvolvidos noutros paises, llnguas e culturas, e urn processo bastante mais complexo do que a sua simples urna vez que as respostas a este tipo de instrurnentos encerrarn urn grande potencial para a de variabilidade intercultural (6). Os questionmos de da qualidade de vida sao instrumentos cientfficos em que os items e op¥()es de resposta foram seleccionados por metodos psicometri-cos rigorosos. Quaisquer moditicayoes ou adapta90es de urn questionano que olio obedeyam a urn conveni-ente processo de transcultural podem afectar a sua capacidade de e consequente validade (18).

9. BOUSQUET J. Pathophysiology of skin tests. Position Paper: Allergen standardization and skin tests. Allergy 1993; 14 (48): 50-54.
JO. MALLING HJ. Methods of skin testing. Position Paper: Allergen standardiLation and·skin tests. Allergy 1993; 14 (48): 55-56.
II. DREBORG S. ed. Skin tests used in type I allergy testing. Position Paper. 1989; Suppl. 10: 44.
12. TURKELTAUB PC, GERGEN PJ. The risk of adverse reactions from percutaneous prick-puncture allergen skin testing. venopunctu,rc, and body measurements: data frpm the Second National liealth and Nutrition Examination

Survey 1976-80 (NHANES IJ). J Allergy Clin lmmunol 1989: 84: 886-890.
13. TURKEL TAUS PC. Biological standardization of allerge-nic extracts. AJiergollmmunopathol. 1989; 17: 53-65.
14. PAGGIARO PL. BACCI E. AMRAM DL et al. Skin reactivity and specific lgE levels in the evaluation of allergic sensitivity to common allergens for epidemiologic purposes. Clin Allergy 1986; 16: 49-55.
15. BASOMBA A. Position Paper: Allergen standardization

Vol. VI N° 5 477

REVISTA PORTUGUESA DE PNEUMOLOGIA/XV CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

and skin tests. Evaluation of changes in skin sensitivity by
means of skin tests. Allergy 1993: 14 (48): 71-75.
16. JONES PW, QUIRK FH. BAVEYSTOCK CM. Why
quality of life measures should be used in the treatment of
patients with respiratory illness. Monaldi Archives for Chest
Disease 1994; 49: 79-82.

17. DONNER CF et aJ. Methods of assessment of quality of life. Eur Rcspir Rev 1997: 7: 42, 43-45.
18. FERREIRA J. Qualidade de Vida em Doentes com Asma. Arquivos de Medicina 1998; 12 (6): 371-373.

Antibi6ticos em doentes neutropenicos*

RUI SARMENTO E CASTRO••

RESUMO

A clfnica e diagn6stica de doentes neutropenicos com febre e, frequenternente, comple-
xa. As nestes doentcs podem ser particular-mente graves, exigindo 0 infcio rapido de terapeutica antibi6tica de largo espectro por via endovenosa. 0 regime terapeutico mais usado e o constitufdo pela de aminoglicosfdeos com cefalosporinas
ou penicilinas corn actividade anti-pseudomonas, ernbora em casos menos graves possa usar-se apenas urn antibi6tico (em geral ccftazidima ou imipenem/ /cilastatina). A de vancomicina ao esque-ma inicial, nao aconsclhada por rotina, pode ter sobretudo quando se presume
grave por gram positivos. A da terapeutica deve ser determinada em da clfn ica

e da contagem de neutr6filos.

ABSTRACT

Clinical and diagnostic evaluation of neutropenic patients with fever is frequently difficult. Infection in these patients may be serious and rapidly fatal deman-

ding urgent use of broad-spectrum bactericidal antibiotics by intravenous route. The most commonly used scheme is the association of an aminogJycoside with a third-generation cephalosporin or an antipseu-domonal penicillin, although in low-risk patients monotherapy can be used (ceflazidime or imipe-nem/cilastatin). The routine use of vancomycin as part of the initial therapy is not recommended, unless serious gram positive infection is presumed. The most important determinants of the duration of therapy are the patient's clinical condition and neutrophil count.

INTRODU<;AO

De forma generica pode defmir-se como "hospede-iro imunocomprometido" aquele em que se regista uma cia capacidade fagocftica ou da imunidade
celular ou humoral que aumenta o risco de apareci-mento de urna cornplicayao infecciosa ou de uma oportunista como uma doen9a linfoproliferati-
va ou neoplasica. A altera9iio da integridade da pele e das mucosas, pennitindo o desenvolvimento de
infec9ao local ou sistemica, pode tambem constituir
causa de compromisso do hospedeiro (1).

• Temn upresentado na Mesa-redonda "Anubi6ticos e lnfectrao Respirnt6riu''
XV Congresso de Pncumologi<!, Olir, 09/11/99

** Assistenle Graduado de lnfccciologio do llosphal de Joaquim Urbano. Por1o

478 Vol. VI N° 5 Setembro/Outubro 2000