

Corticóide na crise asmática

Senhor editor,

A pesquisa de Paro e Rodrigues¹ sobre a indicação do uso de corticóide na criança asmática é de um excelente nível e vai na linha da “Medicina por evidências”, já que procura trazer sólidos subsídios para uma atuação segura numa das emergências mais freqüentes – a crise asmática, na qual conhecimentos científicos e empíricos se misturam de forma subjetiva. Os autores concluem que o exame físico, de grande importância, pode não ser suficiente e deve ser completado com medidas não-invasivas, como a oximetria de pulso e o pico de fluxo expiratório.

Quando esses recursos são disponíveis, não resta dúvida de que eles devam ser utilizados. Entretanto, como isso não ocorre em todos serviços que atendem crises asmáticas, o trabalho se presta a uma releitura: o corticóide (e um número maior de inalações) está indicado nos casos moderados (e mais ainda nos graves). Mas como identificar esses casos? Inicialmente, por um exame físico simples - impressão geral (inclui cor e estado de consciência), taquidispnéia (quantificada pela freqüência respiratória que se aproxima de 50 no pré-escolar e 40 no escolar) e ausculta. Vale completar com rápida anamnese: duração da crise (mais de 12 horas já está na fase tardia em que só os broncodilatadores não têm ação suficiente) e resposta (ou falta de) aos broncodilatadores, incluindo inalações já feitas em casa; convém ainda perguntar pela evolução habitual das crises (“cada criança tem sua própria asma”) em condições similares, o que inclui a época do ano. Em casos de dúvida, reavaliar a crise pelo resultado da primeira inalação. O uso de corticóides encurta a crise, diminui a hospitalização e as recaídas precoces².

Em relação ao *corticóide*, a via EV para a metilprednisolona (usada pelos autores) pode representar um problema operacional no serviço de emergência: oposição da criança,

dificuldade técnica para puncionar veia (mobilizando a enfermagem, às vezes por tempo prolongado); seu preço é 10 vezes maior do que o da dexametasona.

Algumas pesquisas³ têm demonstrado eficácia idêntica dos corticóides (prednisona, metilprednisolona e dexametasona) por via EV, IM ou oral. A dexametasona tem o início de ação semelhante ao da prednisolona, é potente e com a vantagem de uma duração mais longa (meia-vida de 24 a 36h) o que diminui o risco de recaída. Por outro lado, em caso de crises a curto intervalo, obrigando a repetições freqüentes, pode causar supressão adrenal. A dexametasona pode ser usada por via oral ou intramuscular. A própria formulação parenteral pode ser aproveitada para uso oral (recomendando-se uma segunda dose no dia seguinte, em casa) misturada com um xarope doce⁴.

Uma boa pesquisa, como a que estamos comentando, é útil não só para ser usada conforme seus resultados, como pode abrir caminho para reflexões que ampliem sua utilização prática.

Referências bibliográficas

1. Paro MLZ, Rodrigues JC. É possível prever o número de nebulizações e o uso de corticosteróide intravenoso em crianças com crise asmática na unidade de emergência? *J Pediatr* (Rio J) 2001; 77 (3):219-26.
2. Jones MA, Wagener JS. Managing acute pediatric asthma. *J Pediatr* 2001; 139:3-5.
3. Becker JM, et al. Oral versus intravenous corticosteroids in hospitalized asthma. *J Allergy Clin Immunol* 1999;103:586-90.
4. Qureshi F, Zaritsky A, Poierier MP. Comparative efficacy of oral dexamethasone versus oral prednisone in acute pediatric asthma. *J Pediatr* 2001; 139:20-6.

Dr. Jayme Murahovski

Prof. Titular de Pediatria da Fac de Ciências Médicas de Santos; Presidente do Comitê de Pediatria Ambulatorial da SBP

ERRATA

No artigo intitulado *Fatores de risco, aspectos clínicos e laboratoriais da asma em crianças* de Lílian S.L. Moraes, Marta D. Barros, Olga A. Takano e Newva M.C. Assami, publicado no **volume 77, nº 6** - novembro/dezembro de 2001, **páginas 447 a 454**, foi suprimida, equivocadamente, a Tabela nº 4. Pedimos desculpas aos autores e leitores por nossa falha, e publicamos ao lado a referida tabela.

Tabela 4 - Análise multivariada por regressão logística dos fatores de risco entre 59 crianças asmáticas e 104 controles

Varáveis/Categoria	OR Bruta		OR Ajustada	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Sexo (fem/masc)	1,65	(0,82-3,33)	1,3	(0,5-3,38)
Faixa etária meses (48-97/98-179)	4,13	(1,45-11,71)	4,34	(1,57-11,96)
Sensibilização baratas (sim/não)	17,75	(6,91-46,97)	9,26	(2,58-33,13)
Sensibilização animais (sim/não)	12,65	(4,10-41,76)	3,93	(1,05-14,67)
Sensibilização ácaros (sim/não)	11,05	(4,87-25,50)	3,74	(1,18-11,80)
Rinite paterna (sim/não)	3,33	(1,03-11,17)	3,49*	(0,77-15,69)
Animais domicílio (sim/não)	0,23	(0,10-0,51)	0,24	(0,09-0,66)

* p> 0,05