

Asma grave: uma questão de prescrição ou de diagnóstico?

Senhor Editor:

Durante o IV Congresso Brasileiro de Asma, em Gramado – RS, na mesa-redonda intitulada “Dos Consensos à Prática Clínica”, demonstramos a necessidade de se investigar adequadamente o paciente com asma de difícil controle antes de se cogitar a possibilidade de uso de drogas alternativas. Naquela ocasião, apresentamos um algoritmo como proposta para investigação diagnóstica abrangente, hierarquizada e flexível, que se adaptaria à

disponibilidade de diferentes serviços de pneumologia (Figura 1). Dentre os médicos que assistiram à apresentação, alguns solicitaram cópia deste roteiro diagnóstico. Por isso, escrevo para disponibilizar a mais colegas pneumologistas esta sugestão de abordagem do paciente com asma grave. Como tudo em medicina, este algoritmo não é definitivo, mas um ponto de partida para auxiliar os colegas que tratam dos pacientes asmáticos mais graves.

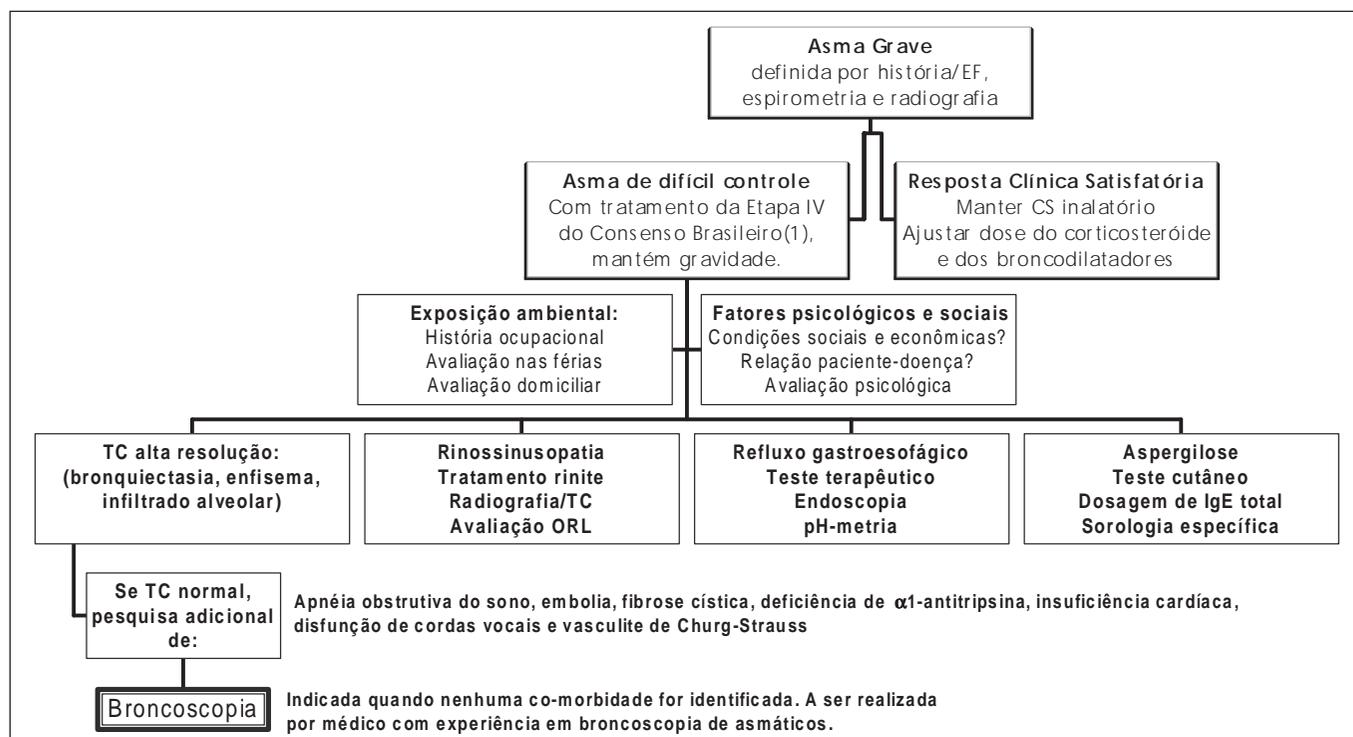


Figura 1 – Algoritmo para investigação da asma de difícil controle

ELCIO OLIVEIRA VIANNA
 Docente da Divisão de Pneumologia,
 Departamento de Clínica Médica da Faculdade de
 Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo

REFERÊNCIA

1. III Consenso Brasileiro no Manejo da Asma. J Pneumol 28(Supl 1): S13.

Senhor Editor:

Tenho o prazer de comunicar a recente nomeação do Professor José Roberto Lapa e Silva, Professor Titular da Pneumologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ, para o cargo de Professor Titular Honorário de Imunologia Médica (*Adjunct Professor of Immunology in Medicine*) do Weill Medical College of Cornell University. Esta nomeação representa o reconhecimento pelos dez anos de colaboração ativa entre o Programa Acadêmico de Tuberculose da UFRJ, por mim dirigido, e a *Division of International Medicine & Infectious Diseases* da Cornell, no terreno da pesquisa básica, pré-clínica, clínica e operacional em tuberculose e AIDS. Esta colaboração se consubstancia em projetos de pesquisa e de treinamento em pesquisa, financiados através do *National Institutes of Health-NIH* e outros órgãos de fomento de pesquisa e/ou de ensino, sejam nacionais ou internacionais. Recentemente, nosso grupo, em colaboração com universidades norte-americanas, teve um outro importan-

te projeto aprovado quanto ao mérito junto ao *NIH* na área de treinamento em pesquisa, aguardando decisão final quanto ao financiamento. Caso confirmado, este projeto garantirá a manutenção da colaboração até o final de 2008 e tem como meta fundamental priorizar atividades em parceria, no Brasil, do Programa Acadêmico de TB da UFRJ com outras Universidades, Institutos de Pesquisa, Programas de Controle de TB e AIDS em nível federal, estadual, municipal, além de Organizações da Sociedade Civil.

A nomeação do Prof. Lapa e Silva é motivo de orgulho para a UFRJ, para o *Jornal de Pneumologia*, no qual ele integra o Corpo Editorial, e para a comunidade fisiológica e pneumológica brasileira, demonstrando a enorme capacidade que nossos pares têm na área de produção de conhecimento em enfermidades de relevância em saúde pública, como a tuberculose, em parceria com pesquisadores de países desenvolvidos.

AFRÂNIO KRITSKI

Coordenador

Programa Acadêmico de Tuberculose
Instituto de Doenças do Tórax/UFRJ

Senhor Editor:

Mês de maio, últimos preparativos para a *American Thoracic Society* 2003, que foi em Seattle, Estados Unidos. Passaporte, visto, passagem, reserva de hotel, conferi o *poster* a ser apresentado, enfim tudo preparado. Pronto para a viagem lembrei-me de uma conversa com João Jorge Leite, médico, Assistente Doutor da Disciplina de Pneumologia da FMUSP e responsável pelas ergoespirometrias de nosso serviço. Há muitos meses falávamos sobre viagens aéreas, e ele me disse que certa vez usara um oxímetro em voo.

Parafrazeando Glauber Rocha, com uma idéia na cabeça e um oxímetro na mão, radiografia de tórax e espirometria normais, assintomático respiratório, dirigi-me ao aeroporto de Guarulhos para meu embarque para Seattle com escala de um dia em Nova York.

Entrei no avião, um velho MD11, sentei na minha cadeira na classe econômica e fiz a primeira medida de saturação de oxigênio ($SatO_2$) ainda com as portas da aeronave abertas. Escolhi o dedo indicador da mão esquerda, coloquei o oxímetro e anotei o valor da $SatO_2$ e da frequência cardíaca que permaneceu por mais tempo no *display* por um período de dois minutos (95% e 90bats/min, respectivamente). Medí novamente com as portas fechadas e o avião ainda no solo, e fui repetindo o procedimento a cada 10 minutos até uma hora de voo, ocasião

em que solicitei ao comissário que perguntasse ao comandante a quantos pés a cabine estava pressurizada (Tabela 1). A resposta veio rápida, após minhas explicações e justificativas para aquele pequeno aparelho no meu dedo, estávamos pressurizados ao equivalente a 6.000 pés (1.828 metros).

TABELA 1

Saturação de oxigênio no procedimento de subida de aeronave

| Minutos | Saturação de O_2 (%) |
|---------|------------------------|
| 0 | 95 |
| 10 | 94 |
| 20 | 93 |
| 30 | 93 |
| 40 | 92 |
| 50 | 91 |
| 60 | 91 |

Suspendi as medidas, jantei, assisti a um filme, dormi, e recomecei o procedimento da mesma maneira que havia feito na subida quando o piloto avisou que em uma hora pousaríamos em Nova York (Tabela 2).

TABELA 2
Saturação de oxigênio no procedimento de descida de aeronave

| Mínutos | Saturação de O ₂ (%) |
|---------|---------------------------------|
| 60 | 91 |
| 50 | 91 |
| 40 | 92 |
| 30 | 93 |
| 20 | 94 |
| 10 | 95 |
| 0 | 96 |

Acredito que estes valores por mim obtidos, levam a uma importante reflexão a todos nós pneumologistas. É certo que um número cada vez maior de nossos pacientes hipoxêmicos, principalmente portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica, estão sendo transportados por via aérea, e nós não estamos informando e orientan-

do adequadamente a todos eles, sobre o perigo da dessaturação durante a viagem.

A suplementação de oxigênio é prática comum, mas deve ser solicitada com antecedência de quatro-cinco dias em certos voos internacionais. É bom sempre lembrar que as máscaras que se encontram no compartimento situado sobre as cabeças dos passageiros não servem para esta finalidade.

Acho importante salientar também que aviões diferentes pressurizam a cabine a valores diferentes, e estes dados podem ser solicitados ao serviço médico da companhia aérea ou obtidos em sites especializados.

A todos aqueles que querem saber um pouco sobre que medidas tomar para orientar um paciente hipoxêmico que necessita uma viagem aérea recomendo o artigo "*Managing passenger with respiratory disease planning air travel: British Thoracic Society recommendations. Thorax 2002;57:289-304*". Em tempo: minha saturação foi maior em Nova York, pois esta cidade se encontra a menor altitude que São Paulo.

MÁRIO TERRA FILHO
Disciplina de Pneumologia da FMUSP