**Resposta aos comentários do Revisor A**

Como sugerido no email, segue em seguida a resposta a cada um dos comentários enviados, que desde já agradecemos.

Revisor A:  
  
- A "carta ao editor" aborda um tema extremamente importante, relativo ao tratamento e orientação de uma patologia comum no serviço de urgência. Entendo no entanto que carece de algumas melhorias de redação, em termos de português, particularmente no 1º parágrafo.

**Resposta: O “português” do primeiro parágrafo foi revisto, que passo a transcrever:**

“No seguimento do artigo publicado pelo Grupo Português de Estudos de Urticária sobre as recomendações em Portugal da abordagem diagnóstica e terapêutica da urticária crónica espontânea (UCE)[1](#_ENREF_1), e que propõe um algoritmo terapêutico para a UCE em Portugal, propomos agora um algoritmo de abordagem diagnóstica e terapêutica da urticária em Serviço de Urgência (SU). Dos poucos estudos publicados, destacam-se apenas um estudo retrospectivo italiano de 2014 que conclui que a urticária é tratada em SU com frequência, utilizando desnecessariamente este recurso médico[2](#_ENREF_2), uma recomendação da Academia Americana de Medicina de Urgência de 2006 para a avaliação e tratamento de doentes que recorrem ao SU devido a urticária aguda ou angioedema[3](#_ENREF_3), e um artigo americano de 2015 sobre o tratamento da urticária no SU[4](#_ENREF_4).

- Também a afirmação relativa ao "...o risco potencial da urticária em SU"  
necessita de ser clarificada.

**Resposta: O risco potencial refere-se ao potencial risco associado ao envolvimento da via aérea, sobretudo quando coexiste angioedema. Segue o parágrafo alterado:**

“Na ausência de consensos estabelecidos e tendo em conta (1) o risco potencial de envolvimento da via aérea na urticária/angioedema no SU, (2) o atendimento destes doentes por múltiplas especialidades médicas, e (3) a utilidade em uniformizar condutas nos domínios diagnóstico e terapêutico, cremos que o algoritmo que propomos na Figura 1 será de extrema importância para a prática clínica diária.”

- Adicionalmente deverá ser incluída uma curta justificação (e suporte  
bibliográfico) para a proposta de utilização de AH1 não sedativos (nem  
sempre disponiveis no SU), para a necessidade de um ciclo de corticoterapia  
de 5 a 7 dias e para a opção de toma única diária.

**Resposta:** **Vários são os artigos que demonstram a superioridade dos anti-histamínicos de 2ª geração em comparação com os de 1ª geração, relativamente à Segurança, mas também à rapidez de ação, assim com os riscos associados à utilização dos anti-histamínicos de 1ª geração, devendo os anti-histamínicos de 2ª geração não sedativos existir em todos os SU.**

**Estes aspetos foram amplamente discutidos no artigo previamente publicado pelos mesmos autores e que corresponde à referência bibliográfica nº1 (**Costa C, Gonçalo M, On behalf of GPEU – Grupo Português de Estudos de Urticária. Diagnostic and Therapeutic Approach of Chronic Spontaneous Urticaria: Recommendations in Portugal. *Acta Med Port* 2016;29(11):763-781), **complementada (apenas) pela referência bibliográfica nº5** (Antonijoan R, Coimbra J, Garcia-Gea C, et al. Comparative efficacy of bilastine, desloratadine and rupatadine in the suppression of wheal and flare response induced by intradermal histamine in healthy volunteers. *Current medical research and opinion* 2017; 33(1): 129-136), **dada a limitação do número máximo de referências bibliográficas neste tipo de artigo (Carta ao editor).**

**Quanto à necessidade da corticoterapia sistémica, esta fica reservada para os quadros de urticária generalizada e/ou prurido intenso e/ou angioedema, cuja posologia sugerida, foi também discutida no artigo previamente publicado pelos mesmos autores:** Costa C, Gonçalo M, On behalf of GPEU – Grupo Português de Estudos de Urticária. Diagnostic and Therapeutic Approach of Chronic Spontaneous Urticaria: Recommendations in Portugal. *Acta Med Port* 2016;29(11):763-781

**Deste modo, passo a transcrever o parágrafo alterado, referente aos comentários anteriores:**

“Os fármacos de 1ª linha são os anti-histamínicos H1 não sedativos[1](#_ENREF_1), devido à sua não interferência com o estado de vigília, maior rapidez de acção, e capacidade de inibição da pápula[5](#_ENREF_5). Nas formas mais exuberantes (urticária generalizada e/ou prurido intenso e/ou angioedema), dever-se-á adicionar um corticóide oral[1](#_ENREF_1). Os corticóides parentéricos devem ser reservados para as formas mais severas e sintomáticas de urticária e/ou angioedema. No tratamento após alta, e perante a necessidade de adicionar corticóide oral, deverá ser usada uma dose máxima diária de 1mg/Kg/dia até um máximo de 10 dias[1](#_ENREF_1).

- Relativamente à Figura 1: Na verdade trata-se de dois algoritmos (duas figuras) e de uma tabela. No algoritmo de tratamento, idealmente deveria ser definido aquilo que os autores entendem por “ausência de resposta” e “quadros muito extensos”.

**Resposta: Sim, na verdade a Figura 1 inclui dois algoritmos (duas figuras) e uma tabela mas pareceu-nos que do ponto de vista prático, seria mais fácil separar o algoritmo diagnóstico, do terapêutico e que adicionar a tabela seria útil para relembrar as doses dos anti-histamínicos de 2ª geração a utilizar até 4x/dia, se necessário. A junção destes 3 elementos, numa mesma figura, poderá também ser importante como ferramenta de auxílio para consulta rápida, se necessário, em contexto de urgência.**

**Relativamente ao algoritmo de tratamento, a “ausência de resposta” foi substituída por “ausência de melhoria após 30min “ e “quadros muito extensos” por “urticaria generalizada e/ou prurido intenso e/ou angioedema"**

- Porque surge “orientação para a consulta de especialidade” como  
interrogação?

**Resposta: Foi um lapso. O ponto de interrogação foi retirado.**

- Na tabela, a dosagem pediátrica dos fármacos deve ser revista  
(particularmente a dosagem de levocetirizina).

**Resposta: A tabela foi toda revista novamente, e as doses apresentadas estão de acordo com o RCM de cada fármaco.**

- Penso que a dosagem da desloratadina no adulto, de acordo com o racional dos  
autores (até 4x a dose convencional), deverá oscilar entre 5 e 20 mg e  
não entre 5 e 10 mg.

**Resposta: Foi um lapso. A dose da desloratadina foi corrigida para entre 5 e 20mg na tabela.**