



**Gabriela Prevedello Oliveira**

**PROTOCOLO DE MANEJO DA ANAFILAXIA NA EMERGÊNCIA – APLICAÇÃO  
CLÍNICA NA EMERGÊNCIA ADULTA E ORIENTAÇÕES AO PACIENTE**

Santa Maria, RS

2019

**Gabriela Prevedello Oliveira**

**PROTOCOLO DE MANEJO DA ANAFILAXIA NA EMERGÊNCIA – APLICAÇÃO  
CLÍNICA NA EMERGÊNCIA ADULTA E ORIENTAÇÕES AO PACIENTE**

Trabalho de conclusão de curso para obtenção de título de graduação em Medicina, apresentado na Universidade Franciscana – UFN.

Orientador: Ronaldo Nunes Godinho

Santa Maria, RS

2019

## **RESUMO**

### **PROTOCOLO DE MANEJO DA ANAFILAXIA NA EMERGÊNCIA – APLICAÇÃO CLÍNICA NA EMERGÊNCIA ADULTA E ORIENTAÇÕES AO PACIENTE**

Autor: Gabriela Prevedello Oliveira

Orientador: Ronaldo Nunes Godinho

A anafilaxia é uma patologia presente na prática médica de âmbito emergencial, que, caso não seja correta e rapidamente manejada, pode ocasionar desfechos graves e até mesmo fatais. Desta forma, o presente estudo visa a produção de um protocolo de reconhecimento e manejo de uma reação anafilática em locais de atendimento emergencial, como uma ferramenta facilitadora na diminuição dos desfechos negativos, além da padronização do atendimento como forma de melhorar os serviços médicos de emergência. Além disso, visa a construção de um guia ao paciente portador da anafilaxia, realizando as orientações necessárias para o reconhecimento de uma reação anafilática e as bases do manejo pré-hospitalar, de forma clara, para agilizar o atendimento e, assim, melhorar as condições clínicas do paciente. São incluídos para aplicação do protocolo e guia de orientação pacientes adultos, sendo excluídos pacientes pediátricos e/ou portadores de patologias que necessitem individualização do atendimento. A aplicabilidade da ferramenta desenvolvida deve ser realizada em âmbito de serviços emergenciais. Desta forma, os serviços de emergência médica estarão amparados com mecanismos de padronização do atendimento, possibilitando um melhor prognóstico aos pacientes em questão a partir de uma unificação dos conhecimentos científicos da doença em fluxogramas e guias, facilitando a visualização dos passos a serem realizados no atendimento.

**Palavras chave:** Anafilaxia. Protocolo. Guia de orientação. Emergência.

## **ABSTRACT**

### **ANAPHYLAXIS MANAGEMENT PROTOCOL IN EMERGENCY - CLINICAL APPLICATION IN ADULT EMERGENCY AND PATIENT GUIDELINES**

Author: Gabriela Prevedello Oliveira

Advisor: Ronaldo Nunes Godinho

Anaphylaxis is a pathology present in emergency medical practice, which, if not properly and rapidly managed, can lead to severe and even fatal outcomes. Thus, the present study aims at the production of a protocol for the recognition and management of an anaphylactic reaction in emergency care settings, as a facilitating tool in reducing negative outcomes, as well as standardization of care as a way to improve emergency medical services . In addition, it aims to build a guide for the patient with anaphylaxis, performing the necessary guidelines for the recognition of an anaphylactic reaction and the bases of prehospital management, in a clear way, to expedite care and thus improve the conditions the patient's clinics. Adult patients are included for application of the protocol and guidelines, and pediatric patients and / or patients with pathologies that require individualized care are excluded. The applicability of the tool developed must be carried out in the context of emergency services. In this way, the emergency medical services will be supported by mechanisms of standardization of care, allowing a better prognosis to the patients in question from a unification of the scientific knowledge of the disease in flowcharts and guides, facilitating the visualization of the steps to be performed in the care .

**Key words:** Anaphylaxis. Guideline. Orientation guide. Emergency.

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	6
2	DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID-10).....	8
3	DIAGNÓSTICO.....	9
4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO, EXCLUSÃO E MONITORAMENTO PÓS ATENDIMENTO.....	12
5	CASOS ESPECIAIS.....	13
6	TRATAMENTO.....	14
7	MONITORIZAÇÃO E ACOMPANHAMENTO PÓS TRATAMENTO.....	18
8	FLUXOGRAMA.....	21
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	23
	ANEXOS E APÊNDICES	
	Apêndice 1 – Guia de Informações a Paciente com Anafilaxia.....	25

## 1 INTRODUÇÃO

A anafilaxia consiste em uma condição médica de reação rápida, potencialmente grave e de grande importância clínica em âmbito emergencial. Esta condição resulta de um gatilho fornecido por uma reação alérgica (mediada ou não através da imunoglobulina E - IgE) ou não alérgica – por exemplo, após realização de atividade física extenuante. Estima-se que, no mundo, a incidência de reações anafilactoides seja de 1 a 3% de toda a população, acometendo qualquer faixa etária – principalmente jovens. Além disso, esta patologia apresenta um elevado índice de subdiagnóstico ou diagnóstico errôneo (MCLENDON, 2018).

Em sua fisiopatologia, a anafilaxia apresenta a possibilidade de ser ocasionada por fatores diversos e envolve mediadores químicos capazes de ocasionar sintomas leves, moderados e/ou potencialmente fatais. No caso da anafilaxia alérgica, devido interação do sistema com um alérgeno através da ativação de mastócitos e basófilos, citocinas são liberadas ocasionando reação inflamatória que resulta em sinais e sintomas (MCLENDON, 2018). São consideradas fontes das reações anafiláticas: as reações mediadas por IgE; reações mediadas por complemento; reações mediadas pela ativação direta de mastócitos e basófilos; atividades de modulação de ácido aracdônico e, por fim, mecanismos isolados (exemplo: reação direta do fator ativador plaquetário, ainda sem comprovação de etiologia conforme estudos (BERND, 2012).

Entre as reações alérgicas, encontram-se mais frequentemente as alergias a alimentos, venenos de insetos, exposição ao látex, medicamentos e agentes físicos – como, por exemplo, o frio e o exercício. É importante salientar que a gravidade da reação se constitui de acordo com a característica da exposição a estes fatores: uma exposição pequena pode ocasionar poucos efeitos clínicos; ao mesmo tempo, a exposição continuada pode gerar sintomas graves. Esta característica leva a anafilaxia ser uma das poucas condições médicas que ocasiona óbito de pessoas previamente híidas em um curto tempo (BERND, 2012).

As manifestações clínicas da reação anafilática consistem em ativações orgânicas que variam conforme o tipo de alérgeno a qual o paciente possui atopia, aos diferentes perfis de cada caso e das diferentes exposições de um mesmo paciente em episódios distintos. Entre estes sinais e sintomas, os mais frequentes consistem em manifestações cutâneas e mucosas, sintomas respiratórios, sintomas gastrointestinais, sintomas cardiovasculares e, por fim, outros sintomas distintos como contrações uterinas, diminuição da acuidade visual, zumbidos, convulsões, perda de controle esfinteriano e sensação iminente de óbito. Uma reação anafilática leve pode

apresentar apenas sintomas do tegumento. Quando se encontram presentes os sintomas respiratórios, associados à hipotensão e a sinais e sintomas de disfunção orgânica, caracteriza-se o choque anafilático – emergência clínica que ocorre de minutos a poucas horas de longa exposição ao agente (MCLENDON, 2018).

Com um diagnóstico iminente clínico, as reações anafiláticas dispensam testes laboratoriais, embora existam alguns níveis séricos. São diagnósticos diferenciais da anafilaxia de emergência: angioedema, urticária isolada, asma, reação vasovagal, disfunção de cordas vocais, distúrbios da ansiedade, choque hemorrágico, choque cardiogênico, choque endotóxico, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e outras causas de insuficiência respiratória (BERND, 2012).

Diante de um episódio de reação anafilática, o comportamento dos médicos é um ponto crucial (RIBEIRO, 2017). Na emergência, o tratamento deve ocorrer de forma rápida e não deve ser retardado devido à ausência de informações clínicas (PASTORINO, 2011). As bases do tratamento da reação anafilática consistem em 4 pilares, que iniciam após um reconhecimento rápido da condição: avaliação da via aérea, identificação e suspensão do gatilho da reação – quando identificado -, administração do fármaco padrão ouro – a adrenalina – e, por fim, manutenção hemodinâmica. Após estes quatro processos primordiais, podem ser utilizados meios terapêuticos adjuvantes, geralmente de acordo com os sintomas ainda presentes em cada caso.

Por fim, a reação anafilática representa ao meio clínico um potencial de gravidade que pode resultar em desfechos fatais aos pacientes. Urge a necessidade da prevenção destes episódios a partir da orientação de pacientes e familiares sobre as condições clínicas (RIBEIRO, 2017). Além disso, é primordial que os centros de pronto atendimento possuam um fluxograma atualizado, de acordo com os mais recentes estudos, para manejo eficaz desta patologia. Sendo assim, o presente projeto visa a produção de um protocolo assistencial para uso de profissionais médicos em atendimentos emergenciais, como forma de unificar em um só local de fácil entendimento as normativas de manejo deste quadro; além de um manual de orientações para pacientes portadores de anafilaxias, orientando-os acerca de suas possíveis complicações e esclarecendo formas de identificação de episódios anafiláticos.

## **2 DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS A SAÚDE – CID-10**

T78.0 Choque anafilático devido à intolerância alimentar.

T78.2 Choque anafilático não especificado – Anafilaxia; Choque alérgico; Reação anafilática.

T80.5 Choque anafilático devido a soro.

T88.6 Choque anafilático devido a efeito adverso de droga ou medicamento corretos e administrados de maneira apropriada.



### 3 DIAGNÓSTICO

A anafilaxia possui método diagnóstico principalmente clínico, baseado em sua anamnese e sintomas referidos no momento da apresentação. Podem ser úteis exames laboratoriais e outros métodos de investigação, contudo, estes não são a primeira linha de escolha para o diagnóstico da patologia. É preconizada a avaliação rápida dos sinais e sintomas aliada a evidência do quadro de anafilaxia grave, averiguação de alérgeno conhecido ou suspeito que possa ter ocasionado o início subido da apresentação clínica e informações dos familiares ou acompanhantes, se estes se fizerem presentes no momento da apresentação.

Em um contexto de urgência, como no caso do choque anafilático, preconiza-se a identificação rápida de sinais e sintomas, a fim de antecipar o tratamento e evitar consequências negativas no desfecho do quadro. É importante salientar que, devido a gravidade e rapidez com que se desenvolve um choque anafilático, toda a reação alérgica deve ser triada como uma possível reação anafilática (MC LENDON, 2018). Durante o diagnóstico de uma reação anafilática, é importante considerar, durante a avaliação inicial: circunstância do episódio: o local de ocorrência, bem como se ocorre devido a ingestão de alimentos ou fármacos, exercício físico, picadas de insetos ou contato com materiais de látex.

Segundo Bernd (2012), a anafilaxia é altamente provável na presença de qualquer um dos três critérios descritos abaixo:

- 1) Doença súbita (início em minutos ou horas), com presença de envolvimento tegumentar, tecido mucoso ou de ambos, associado a pelo menos um dos seguintes fatores:
  - a. Comprometimento do sistema respiratório;
  - b. Redução da pressão arterial ou sintomas associados a disfunção terminal de órgão;
- 2) Dois ou mais dos seguintes, ocorrendo rapidamente após a exposição provável à um alérgeno em um determinado paciente (exposição ocorrida de minutos a horas):
  - a. Envolvimento do sistema tegumentar e/ou mucoso;
  - b. Comprometimento do sistema respiratório;
  - c. Redução da pressão sanguínea ou sintomas associados;
  - d. Sintomas do sistema gastrointestinais persistentes;
- 3) Redução da pressão sanguínea após exposição a um alérgeno conhecido em um determinado paciente (minutos ou várias horas)

- a. Lactentes ou crianças: pressão sistólica baixa (de acordo com a idade específica) ou maior do que 30% de queda na pressão sistólica
- b. Adultos: pressão sistólica abaixo de 90 mmHg ou queda maior de 30% do seu basal.

O quadro clínico de uma reação anafilática, apresentado a partir dos critérios já descritos, pode envolver diversos sistemas orgânicos. As sintomatologias e sinais encontrados em cada um destes grandes compartimentos são variadas, necessitando um raciocínio clínico rápido e eficaz. Os sistemas e seus sintomas estão descritos na Tabela 1. É importante salientar que em reações anafiláticas graves, o sistema tegumentar pode não possuir manifestações clínicas. O aparelho cardiovascular, principalmente no contexto de choque anafilático, pode possuir as manifestações mais significativas e graves, sendo um preditor de pior prognóstico.

<b>SISTEMA TEGUMENTAR</b>	Prurido/urticaria, angioedema, rash cutâneo, erupção pilar, eritema e edema periorbital, eritema conjuntival, lacrimejamento, palidez, sudorese, cianose central e periférica
<b>SISTEMA RESPIRATÓRIO</b>	Laríngeas (prurido, sensação de obstrução de vias aéreas, disfagia, disfonia, rouquidão, tosse seca, estridor, prurido no canal auditivo externo;  Pulmonares (dispneia, opressão torácica e sibilância)  Nasais (prurido, congestão, rinorreia e espirros).
<b>SISTEMA GASTRINTESTINAL</b>	Náusea, dor abdominal (cólica), vômitos e alteração do hábito evacuatório.
<b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b>	Hipotensão, astenia, taquicardia e bradicardia, vertigem, síncope, alterações de estado mental e temperatura de extremidades, dor torácica e arritmias.
<b>OUTROS</b>	Contrações uterinas, convulsões, perda de acuidade visual, zumbido, sensação de óbito iminente e perda de controle esfinteriano.

Tabela 1 – Sistemas envolvidos na anafilaxia e as sintomatologias correspondentes.

O diagnóstico de uma reação anafilática, seja ela leve, moderada ou grave, é iminente clínico. Contudo, após identificação do quadro clínico – principalmente em contextos de urgência, em que esta deve ocorrer de forma rápida -, exames laboratoriais podem ser úteis para a confirmação diagnóstica (PASTORINO, 2011). Entre as modalidades de exames complementares, são úteis no contexto clínico: pesquisa de IgE específica *in vivo* ou *in vitro* – especialmente se alérgeno já conhecido como causador de reação -, nível sérico da triptase, dosagem de C4 e dosagem de inibidor da C1 esterase (PASTORINO, 2011). É importante salientar que a dosagem dos elementos citados não pode ser fator causal do retardo do início do tratamento, uma vez que a reação anafilática – em especial o choque anafilático – pode ocasionar óbito em poucos minutos se não manejado corretamente.

Em uma apresentação com os sintomas relatados, torna-se importante o levantamento de hipóteses diagnósticas diferenciais do quadro clínico. São elas: urticária, angioedema, asma, reação vaso-vagal, disfunção de cordas vocais, distúrbios de ansiedade, outras etiologias para apresentação de choque, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, insuficiência respiratória derivada de outras etiologias (BERND, 2012).

No contexto clínico da urgência, é importante identificar e diferenciar uma reação anafilática grave de um choque anafilático. Embora a “reação anafilática” possa, rapidamente, evoluir para um “choque anafilático”, sua diferenciação se faz necessária. Choque é definido como incapacidade de o sistema circulatório ser eficaz no fornecimento de oxigênio aos tecidos (MARTINS, 2017). Seu diagnóstico é baseado em critérios de hipoperfusão periférica e hiperlactatemia, na vigência de hipotensão refratária.

#### **4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO, EXCLUSÃO E MONITORAMENTO PÓS ATENDIMENTO**

Serão direcionados para o uso deste protocolo, pacientes adultos, a partir de 18 anos. A ferramenta será aplicada em âmbito de urgência e/ou emergência, principalmente em locais de Pronto Atendimento. Pacientes pediátricos, gestantes e portadores de doenças crônicas com necessidade de ajuste de doses farmacológicas estão excluídos da aplicabilidade do presente projeto.

O monitoramento pós atendimento, realizado a partir do Guia do Paciente que será fornecido após o atendimento emergencial, segue as mesmas regras de aplicabilidade, uma vez que será parte do atendimento amplo do paciente com reação anafilática grave e/ou choque anafilático. Porém, é possível a aplicação deste veículo de informações pessoais do paciente a outros casos de reações anafiláticas de leve a moderada intensidade, ocorrendo à necessidade de individualização dos casos apresentados em âmbito emergencial.

## **5 CASOS ESPECIAIS**

Aplicam-se casos especiais para uso do Guia do Paciente fornecido pelo presente estudo. Após a individualização do atendimento de pacientes portadores de anafilaxias de qualquer intensidade, o mesmo pode ser favorecido pelo uso do guia de monitoramento.

Ao fluxograma de atendimento, não se aplicam casos especiais de atendimento.

## 6 TRATAMENTO

Em um contexto de urgência, toda a reação anafilática deve ser triada e manejada como uma possível reação anafilática grave ou choque anafilático (MCLENDON, 2018). Além disso, o tratamento clínico do choque anafilático não deve ser retardado pela falta ou impossibilidade de história clínica ou de diagnósticos definitivos (PASTORINO, 2011).

Inicialmente, o suporte do paciente com uma clínica compatível de choque anafilático deve seguir as estratégias preconizadas em uma sala de emergência – sendo esta, as normativas da diretriz de atendimento do Suporte Avançado de Vida em Cardiologia – SAVC ou ACLS (Advanced Cardiovascular Life Support). Nesta avaliação, a sequência de atendimento deve seguir o mnemônico A-B-C-D-E. Estes passos de atendimento são compreendidos em: (AHA, 2015)

- A) “Airway” – Vias aéreas: Os fatores principais que devem ser avaliados nesta primeira etapa do atendimento inicial são a permeabilidade das vias aéreas e as possíveis obstruções de fluxo de ventilação. Deve ser realizada a hiperextensão cervical e, se necessário, realizada a Intubação Orotraqueal para garantir a via aérea pérvia do paciente.
- B) “Breathing” – Respiração: O segundo passo do atendimento inicial deve ser realizado visando a garantia de ventilação do paciente, ou apenas realizando a verificação de presença de excursões respiratórias. Em caso de necessidade prévia de Intubação Orotraqueal, é importante garantir um alto fluxo de oxigênio por via de ventilação mecânica – uma vez que, em vigência de um choque, a perfusão sanguínea de oxigênio para os tecidos está diminuída. Em caso de ventilação espontânea, é imprescindível o exame clínico para avaliação da presença de sinais de esforço ventilatório. Nesta situação, é fornecida ao paciente a instalação de máscara com reservatório e alto fluxo de O<sub>2</sub>.
- C) “Circulation” – Circulação: A terceira etapa do manejo deve ser realizada com objetivo de reestabelecer uma apropriada circulação ao paciente. Neste momento, são instalados os dispositivos principais de monitorização do paciente, sendo esses: oximetria de pulso, aferição da pressão arterial e instalação de eletrocardiograma para monitorização de possíveis complicações. São estabelecidos ao menos dois acessos venosos periféricos de grande calibre para infusão de soluções e fármacos durante o atendimento. Além disso, em um contexto de choque, a hipovolemia instalada no paciente necessita de uma reposição rápida de volume. Sendo assim, é realizada a administração de solução

cristaloide – Soro Fisiológico 0,9% ou Ringer Lactato, na concentração de 500 ml a 1000 ml.

- D) “Disability” – Desorientação: A quarta etapa descrita para avaliação do paciente faz referência ao estado mental em que este se apresenta no momento do atendimento inicial. É importante a realização, neste momento, da avaliação inicial de resposta do paciente, avaliando sua capacidade de localização e resposta verbal, além de resposta a estímulos dolorosos. Faz-se necessária a aplicação da Escala de Coma de Glasgow - que avalia abertura ocular, melhor resposta verbal e melhora resposta motora - para avaliação neurológica do paciente, uma vez que esta pode indicar potenciais gravidades na apresentação inicial.
- E) “Exposure” – Exposição: A última etapa do atendimento inicial do paciente, no contexto de um choque anafilático, pode ser uma das mais importantes para determinação da causa do contexto clínico. A partir da exposição do corpo do paciente, retirando suas vestimentas e avaliando integralmente seu corpo, pode ser encontrada a fonte de gatilho da reação anafilática, removendo-a em caso de possibilidade deste procedimento. Além disso, a regulação térmica neste momento é fundamental, principalmente em contextos de choque, para prevenção de hipotermia.

Após a avaliação inicial, o passo determinante na terapêutica do choque anafilático é a administração de Adrenalina o mais breve possível. Este fármaco a única forma eficaz e capaz de reverter rapidamente um quadro clínico de choque anafilático ou reação anafilática grave, no que tange as propriedades fisiopatológicas da anafilaxia.

A adrenalina – ou epinefrina – é um fármaco adrenérgico, com potenciais ações alfa adrenérgicas (aumento da resistência vascular periférica, aumento da pressão arterial e aumento da perfusão das artérias coronárias, diminuição de edema e urticária), efeitos beta-1 adrenérgicos (aumento da contratilidade e frequência cardíaca) e efeitos beta-2 adrenérgicos (liberação de mediadores inflamatórios contra os antígenos e broncodilatação). A via de administração preferencial é a intramuscular, uma vez que é de fácil acesso, manejo e rápida absorção. Exceções à esta ocorre em casos de choque grave com pouca absorção muscular, sendo preferível o método intraósseo ou, em caso de acesso venoso periférico acessível, realizar sua forma endovenosa. Não são recomendadas as vias de administração inalatórias e subcutâneas para aplicação deste fármaco (PASTORINO, 2011). A dose recomendada para o tratamento emergencial deste quadro clínico, no paciente adulto, é de 0,5 ml, em uma diluição de 1:1000 UI, ou 0,01 mg/kg/dose até 500 ug (0,5ml). Após a primeira administração, deve-se

realizar uma reavaliação do paciente nos cinco minutos subsequentes, uma vez que os sintomas devem cessar rapidamente na grande maioria dos pacientes. Em caso de falha do método terapêutico, podem ser aplicadas doses adicionais com a mesma posologia indicada na primeira aplicação, sendo repetidas a cada cinco minutos. Em casos de falha terapêutica após repetição de aplicações, pode ser considerada a aplicação da adrenalina por meio de uma bomba de infusão endovenosa. Não existem contraindicações absolutas ao tratamento de anafilaxias em âmbito emergencial com administração de adrenalina (MCLENDON, 2018).

O atendimento primordial em um contexto de choque anafilático baseia-se nas medidas-chave citadas até então: um correto manejo de via aérea – com uso de intubação orotraqueal se necessário -, fornecimento de alto fluxo de oxigênio, reposição volêmica de grandes quantidades de cristaloides em bolus, desintoxicação – quando esta etapa for possível – e administração de adrenalina. Após essas técnicas de manejo serem instauradas, podem ser realizados outros métodos terapêuticos, conhecidos como adjuvantes neste contexto. É importante ressaltar que as terapias realizadas nesta segunda etapa do atendimento emergencial não devem ser aplicadas como primeira escolha no contexto clínico especificado.

Uma importante medida a ser utilizada nesta etapa é a infusão de fármaco corticoide. Os corticoides são potenciais redutores da reação bifásica da anafilaxia grave – que consiste no retorno sintomático após manejo inicial, de 6 a 8 horas após a primeira apresentação. A terapia de escolha com esta classe medicamentosa pode ser realizada com via endovenosa, utilizando metilprednisolona – doses de 80 a 125 mg – ou hidrocortisona – doses de 250 a 500 mg – durante a fase aguda da apresentação; após, utiliza-se prednisona por via oral, no período de 3 a 5 dias, com dosagem de 40 a 60 mg.

Além do uso de corticoides na terapia de segunda fase, podem ser utilizados fármacos anti-histamínicos. Esta classe de medicamentos é a mais utilizada na rotina de anafilaxias graves, uma vez que possui capacidade elevada de diminuir os sintomas gerais de uma reação anafilática (MCLENDON, 2018). Utiliza-se de escolha a difenidramina por via endovenosa ou intramuscular, com doses de 25 a 50 mg. Em casos mais severos, a escolha pode ser o fármaco ranitidina, aplicado após o uso de difenidramina, preferencialmente com intervalo de 5 minutos. Utiliza-se a via endovenosa e a aplicação de 50 mg. O fármaco cimetidina, por via endovenosa, com dose de 300 mg, pode ser utilizado como alternativa ao uso da ranitidina. No caso da escolha por cimetidina, deve-se preconizar a associação do uso com a terapia de escolha inicial-difenidramina.



Outra classe de importante uso na terapia adjuvante são os fármacos broncodilatadores. Ao considerar o broncoespasmo um sintoma grave da reação anafilática grave, os broncodilatadores são medicamentos bem indicados nestes contextos – principalmente se o paciente apresenta histórico prévio conhecido de doenças do trato respiratório, principalmente asma. São aplicados fármacos beta-agonistas como o Salbutamol 2 a 4mg por via inalatória, e, em caso de broncoespasmo refratário ao uso de broncodilatador, pode ser preferível a administração de Sulfato de Magnésio 50% (500mg/ml), 25-50mg/kg, por via endovenosa.

Fármacos vasopressores também podem ser administrados em caso de choque não responsivo ao uso de reposição volêmica inicial. São fármacos vasopressores de escolha no contexto de choque anafilático a noradrenalina e a vasopressina. Sua indicação também pode estar relacionada com o uso de repetidas doses de epinefrina, sendo a administração desta primeira terapia não mais recomendada a partir deste parâmetro, devido a seus efeitos colaterais. É importante ressaltar que o uso de vasopressores deve estar associado com a reposição de volume com cristaloides, e, em caso de falha do tratamento de reposição volêmica, o paciente deve ser encaminhado para uma unidade de terapia intensiva para melhor avaliação. O vasopressor mais utilizados na rotina dos contextos de Choque Anafilático é a Dopamina EV 1 a 5 mcg/kg/min – com aumento de dose, se necessário, em intervalos de 5 a 10 minutos.

Por fim, o Glucagon pode ser administrado em casos de anafilaxia que apresentam resposta diminuída ao tratamento de reposição volêmica. Nestes casos mais graves, são utilizadas administrações intramusculares de 1mg/dose com intervalos de 20 minutos, até melhora sintomática, seguidas de 5-15 ug por minuto em infusão EV se não responsivo ao tratamento. O glucagon também deve ser utilizado em casos de uso prévio de fármacos betabloqueadores, pois agem como antagonistas desta classe. Os betabloqueadores são capazes de interferir no efeito da adrenalina.

## 7 MONITORIZAÇÃO E ACOMPANHAMENTO PÓS TRATAMENTO

A monitorização do paciente que possui um quadro de choque anafilático inicia-se logo após o seu atendimento emergencial, seguindo as etapas já citadas. O indivíduo necessita permanecer em observação no local do atendimento por, ao menos, 8 horas. Este tempo de latência no atendimento clínico é essencial para a prevenção ou intervenção rápida em caso de reação bifásica da anafilaxia.

A Reação Bifásica consiste em um novo contexto clínico de choque anafilático após o tratamento já realizado previamente. Esta reação é prevenida com a administração de corticoides, porém, a chance de um indivíduo apresentar o quadro de recidiva não há como prever, sendo essencial a permanência no local. São fatores de risco para reação bifásica da anafilaxia em até 24 horas: graves reações de início lento e causa idiopática, pacientes atópicos – principalmente asmáticos -, reações com absorção contínua do alérgeno, história prévia de choque anafilático com reação bifásica e não reconhecimento por parte dos pacientes de uma piora clínica (PASTORINO, 2011).

Após a observação adequada, os pacientes devem receber alta clínica associada a uma prescrição de corticoide – preferencialmente prednisona por via oral (1-2mg/kg/dose, com dose máxima de 60-80mg) por pelo menos 3 dias após o episódio, e, em casos especiais, a associação de anti-histamínicos também pode ser recomendada – difenidramina por via oral (25-50mg, 0,5-1mg/kg).

O prognóstico do paciente dependerá substancialmente do seguimento adequado no contexto clínico. A prevenção de novos eventos depende de uma apurada verificação dos contextos ambientais e hábitos de vida. Sem a orientação necessária, o indivíduo pode permanecer exposto ao seu agressor e retornar ao quadro clínico grave. Sendo assim, urge a necessidade de um material expositivo de orientações em caso de recorrência dos episódios de anafilaxias. É essencial a realização da orientação, por parte dos profissionais, sobre o contexto médico que engloba a anafilaxia. O guia proposto pelo presente trabalho possui informações amplas a orientações básicas pré-hospitalares em casos de reações graves.

Inicialmente, deve estar presente no guia as informações básicas de identificação: nome completo, telefone para contato e nome de algum responsável, presença ou ausência de plano de saúde – e informações sobre qual é o plano – e data de nascimento. Desta forma, em caso de ocorrência de uma reação grave em via pública, por exemplo, será possível a identificação rápida do paciente e seu manejo adequado. Ainda na identificação, se torna essencial a descrição

do tipo de alérgeno sob o qual o paciente não pode ter contato, pois, desta forma, em caso de exposição aparente, o indivíduo que estiver manejando o atendimento inicial pode retirar o agressor do contato do paciente. Também devem ser descritas as outras comorbidades que o paciente possui, além de medicamentos em uso contínuo, quando presentes. O guia possuirá um campo específico para as informações: presença ou ausência de asma, presença ou ausência de episódio anafilático prévio.

A segunda parte do guia de orientações ao paciente com anafilaxia será composta pelas manifestações clínicas desta patologia, com o objetivo de orientar o paciente e seus próximos na identificação de sinais e sintomas indicativos de reação anafilática. Com uma linguagem leiga, para melhor e mais amplo entendimento, serão descritos os sintomas variados de todos os sistemas orgânicos afetados pela reação anafilática. Após a descrição das manifestações clínicas, está presente a nota sobre a gravidade dos sintomas e informações sobre o contexto clínico da patologia em questão, orientando o paciente ou o indivíduo que está em contato com o guia a agir rápido, independente da gravidade aparente dos sintomas.

O terceiro passo orientado pelo guia de atendimento ao paciente com anafilaxia é a orientação sobre o que fazer em caso de identificação de uma clínica em estado agudo de sua doença. O atendimento pré-hospitalar do paciente com reação anafilática grave, partindo de sua rápida identificação, consiste em uma das mais importantes formas de prevenção de um desfecho negativo em casos de choque anafilático. O primeiro tópico da orientação do plano de ação é o gerenciamento de uma ação imediata, que compreende os fatores: chamar assistência, posicionar o paciente em decúbito dorsal ou sentado – não permitindo a deambulação e tentar manter o paciente consciente (AUSTRALASIAN COLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE, 2018). Urge a necessidade de recomendar o paciente ou o leitor do guia em solicitar a assistência médica antes de chamar algum contato de emergência do paciente. O serviço de atendimento emergencial móvel – SAMU pode ser acionado com a discagem em qualquer aparelho telefônico do número 192.

A segunda medida de intervenção a ser recomendada é a injeção intramuscular de adrenalina aos pacientes que possuem este fármaco para uso emergencial. Existem no mercado canetas autoaplicáveis, que, em caso de identificação de choque anafilático, podem ser utilizadas por via intramuscular, no músculo vasto lateral da coxa, com aplicação realizada pelo próprio paciente ou por algum indivíduo próximo. As doses da caneta aplicadora já estão padronizadas em seu mecanismo de uso, não sendo necessário o ajuste no âmbito emergencial pré-hospitalar. Em caso de existência de ampola de adrenalina e utensílios para aplicação

intramuscular, deve ser realizada a orientação da administração de 1mg. Será realizada a orientação sobre o uso de adrenalina previamente ao uso de quaisquer outros medicamentos, uma vez que este medicamento se sobrepõe a necessidade de manejo de sintomas respiratórios e demais manifestações clínicas (AUSTRALASIAN COLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE, 2018).

Finalizando as orientações farmacológicas, será orientado o chamamento aos contatos de emergência, a fim de informá-los da situação e fornecer uma rede de apoio ao paciente com a manifestação clínica aguda. É fornecido espaço para informações adicionais consideradas importantes pelo profissional que realiza a orientação, além da assinatura deste e do paciente ou responsável.

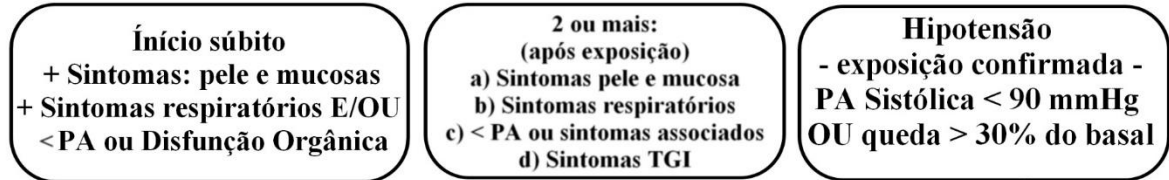
A partir da aplicação do Guia de Informações ao Paciente com Anafilaxia, posterior ao atendimento clínico emergência, é possível realizar a prevenção adequada de quadros graves associados a esta patologia. Todo o paciente em risco de sofrer uma reação anafilática recorrente deve ser capaz de reconhecimento precoce dos sinais e sintomas, portar ou saber orientar a administração da medicação de emergência (PASTORINO, 2011). A aplicação desse método de prevenção, principalmente para indivíduos não especialistas, prevê a diminuição dos desfechos fatais ou negativos aos pacientes. O prognóstico dos pacientes vítimas de um choque anafilático, quando realizado um rápido tratamento, tende a ser mais positivo, com resultados de mortalidade diminuída (MCLENDON, 2018).

8 FLUXOGRAMA

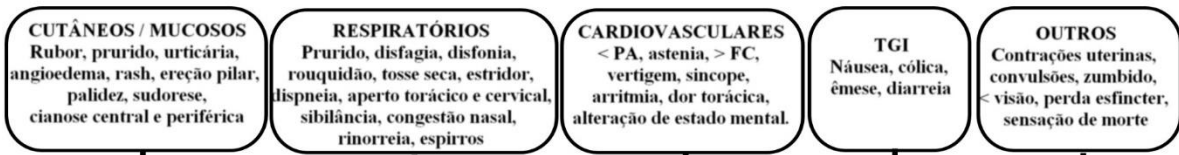
# FLUXOGRAMA DE MANEJO DA REAÇÃO ANAFILÁTICA NA EMERGÊNCIA

## CRITÉRIOS PARA IDENTIFICAÇÃO DE REAÇÃO ANAFILÁTICA

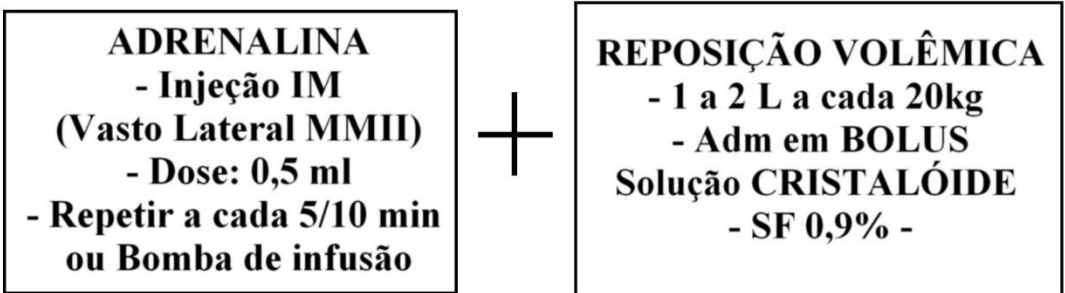
- Qualquer um dos 3 critérios abaixo -

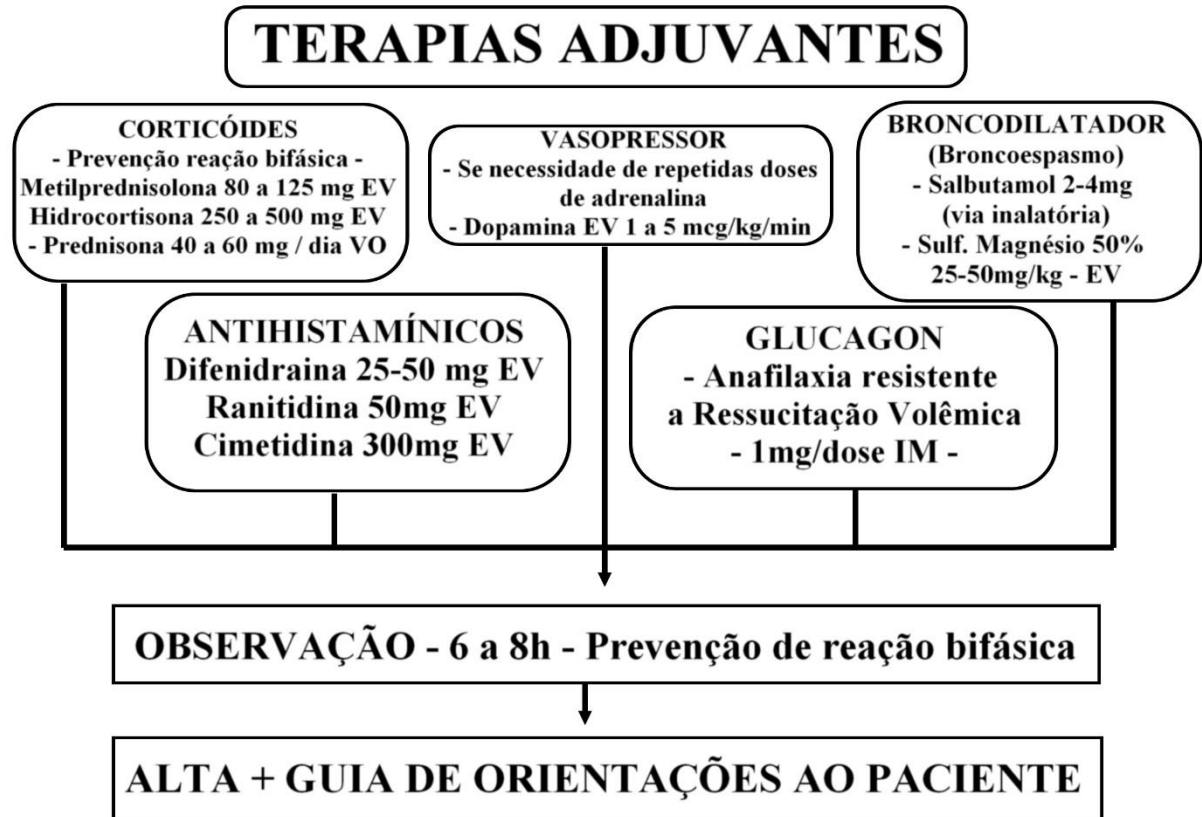


## SINAIS E SINTOMAS



## A - B - C - D - E





## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION – AHA. **Highlights of the 2015 American Heart Association Guidelines Update for CPR and ECC.** 2015. American Heart Association. [Internet] Disponível em <https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-English.pdf> Acesso em 8 jun. 2018

AUSTRALASIAN COLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE et al. **Anaphylaxis: emergency management for health professionals.** Australian Prescriber, vol. 41, no. 2, Abril 2018. [Internet] Disponível em <<https://doi.org/10.18773/austprescr.2018.014>> Acesso em 6 jun. 2018.

BERND, LUIZ A. G, et al. **Guia prático para o manejo da anafilaxia – 2012.** Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia. Vol. 35. Nº 2, 2012. [Internet] Disponível em <<http://www.asbai.org.br/revistas/vol352/vol352-guia-pratico-para-o-manejo-da-anafilaxia-2012.pdf>> Acesso em 6 jun. 2018

MARTINS, HERLON S., et. al. **Medicina de Emergência – Abordagem Prática.** 12ª ed. Barueri, SP: Manole, 2017. p. 233-255

MCLENDON, K., STERNARDM B. T. **Anaphylaxis.** NCBI Bookshelf: A service of the National Library of Medicine, National Institutes of Health. Janeiro, 2018. [Internet] Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482124/>> Acesso em 7 jun. 2018

PASTORINO, A. C, el al. **Anafilaxia – Tratamento.** Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia. Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Projeto Diretrizes. 19 de outubro de 2011. [Internet] Disponível em <[http://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/pdfs/Anafilaxia\\_Tratamento\\_AMB\\_2011.pdf](http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/Anafilaxia_Tratamento_AMB_2011.pdf)> Acesso em 7 jun.2018

RIBEIRO, M.L., CHONG NETO, H.J., ROSÁRIO FILHO, N.A. **Diagnosis and treatment of anaphylaxis: there is an urgent needs to implement the use of guidelines.** Einstein. Apr 19, 2017. [Internet] Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5875169/>> Acesso em 8 jun. 2018



## APÊNDICE 1 – Guia de Informações ao Paciente com Anafilaxia

**GUIA DE INFORMAÇÕES AO PACIENTE COM ANAFILAXIA**

NOME \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_\_

TELEFONE \_\_\_\_\_ PLANO DE SAÚDE \_\_\_\_\_

CONTATO DE EMERGÊNCIA \_\_\_\_\_ TELEFONE \_\_\_\_\_

**Informações Médicas**

Sou alérgico à: \_\_\_\_\_

Outros problemas de saúde (além da anafilaxia) \_\_\_\_\_

Episódios prévios de choque anafilático \_\_\_\_\_

Asma ( ) SIM ( ) NÃO – Se presença: alto risco de reação anafilática grave

Medicamentos de uso contínuo \_\_\_\_\_

**Manifestações clínicas da reação anafilática**

<b>SISTEMA</b>	<b>SINAL E SINTOMA</b>
Pele/Subcutâneo/Mucosas	Vermelhidão, coceira, inchaço de lábios e/ou língua, sudorese, palidez, lacrimejamento.
Sistema respiratório	Aperto na garganta, coceira, falta de ar, sensação de sufocamento, rouquidão e/ou chiado, tosse seca, congestão nasal, coriza, espirros.
Sistema Cardiovascular	Pulso fraco, tonturas, diminuição da pressão arterial, aumento da frequência cardíaca, dor no peito, alteração de consciência, vertigem e tonturas.
Sistema digestivo	Náusea, dor abdominal, vômitos, diarreia, cólicas

Outros	Convulsões, perda de visão, zumbido, sensação de morte iminente
--------	---

**IMPORTANTE:** Durante uma reação anafilática, apenas alguns sintomas podem estar presentes. Lembre-se que a gravidade dos sintomas pode modificar rapidamente, por isso, não subestime a apresentação clínica. Alguns sinais clínicos podem representar risco de vida.

Logo: **AJA RAPIDAMENTE.** Na próxima página estão descritos os passos para o atendimento adequado do paciente em crise anafilática.

### **O que fazer em caso de identificação de uma reação anafilática?**

#### **1. AÇÃO IMEDIATA**

- Chamar assistência – DISCAR 192 (Sempre solicitar o serviço ANTES de acionar um contato de urgência do paciente).
- Deite ou sente o paciente em uma superfície plana. Não permita que o paciente caminhe.
- Tente manter a consciência. Converse, estimule a respiração. Em caso de inconsciência, aguarde o serviço de atendimento médico ou solicite auxílio o mais rápido possível.

#### **2. ADMINISTRAÇÃO DE ADRENALINA**

- Caneta auto-aplicável: posicionar o dispositivo na porção externa de uma das coxas do paciente e disparar a injeção, evitando realizar esta administração com vestimentas no local.
- Ampola + Seringa com agulha de insulina: Aspirar da ampola de adrenalina 1mg do fármaco, após montar a seringa com a agulha adequadamente. Inserir a agulha na porção externa da coxa do paciente, administrando a dose informada.

#### **Não hesite em administrar Adrenalina!**

- **Não realize o uso de outras medicações antes de administrar a adrenalina. Após o uso, avaliar outros medicamentos confirme a indicação médica.**

#### **3. COMUNIQUE O CONTATO DE EMERGÊNCIA**

- Após acionado o SAMU – 192

**Contato #01** – NOME \_\_\_\_\_

TELEFONE 1 \_\_\_\_\_ TELEFONE 2 \_\_\_\_\_

**Contato #02** – NOME \_\_\_\_\_

TELEFONE 1 \_\_\_\_\_ TELEFONE 2 \_\_\_\_\_

**Contato #03** – NOME \_\_\_\_\_

TELEFONE 1 \_\_\_\_\_ TELEFONE 2 \_\_\_\_\_

**Informações adicionais**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Assinatura do Médico

Assinatura do paciente/responsável

DATA \_\_\_\_\_