

Anafilaxia na comunidade – Materiais educacionais

Anaphylaxis in the community – Educational materials

Data de receção / Received in: 26/03/2018

Data de aceitação / Accepted for publication in: 30/03/2018

Rev Port Imunoalergologia 2018; 26 (2): 121-126

Leonor Carneiro-Leão¹, Natacha Santos², Ângela Gaspar³, pelo Grupo de Interesse de “Anafilaxia e Doenças Imunoalérgicas Fatais” da SPAIC

¹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João, Porto

² Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Unidade de Portimão

³ Centro de Imunoalergologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa

RESUMO

Com o objetivo de melhorar o conhecimento e a abordagem da anafilaxia em Portugal, o Grupo de Interesse de “Anafilaxia e Doenças Imunoalérgicas Fatais” (GANDALF) da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC) tem elaborado vários materiais educativos sobre anafilaxia. Na presente Página Educacional o GANDALF apresenta o *poster* “Anafilaxia: Diagnóstico e Tratamento” e os planos de emergência para anafilaxia. O primeiro inclui critérios clínicos de diagnóstico de anafilaxia e um algoritmo de tratamento e destina-se a ser utilizado por profissionais de saúde. Os planos de emergência contêm orientações para a abordagem da anafilaxia na comunidade e instruções para a utilização de autoinjectores de adrenalina, dirigindo-se maioritariamente à comunidade não médica, incluindo doentes, pais e prestadores de cuidados.

Palavras-chave: Adrenalina, anafilaxia, diagnóstico, plano de emergência, *poster*, tratamento.

ABSTRACT

To improve the knowledge and management of anaphylaxis in Portugal, the Portuguese Society of Allergy and Clinical Immunology (SPAIC) interest group on “Anaphylaxis and Fatal Immunoallergic Diseases” (GANDALF) has produced several educational materials. On this educational page GANDALF presents the *poster* “Anaphylaxis: Diagnosis and

Management” and the anaphylaxis’ emergency plans. The first includes anaphylaxis diagnostic criteria and a treatment algorithm to be used by health professionals, and the later contains guidance for anaphylaxis management in the community setting and instructions for adrenaline auto-injector use; it’s designed to be used by patients, parents and care-takers without medical training.

Key-words: *Anaphylaxis, diagnosis, emergency plan, epinephrine, poster, treatment.*

INTRODUÇÃO

A anafilaxia é uma emergência médica por excelência, tratando-se de uma reação de hipersensibilidade sistémica grave e potencialmente fatal^{1,2}. A morte pode ocorrer em minutos, não sendo possível, no início do episódio, prever a velocidade da sua progressão ou a sua gravidade final¹. Por outro lado, a administração célere de adrenalina melhora o prognóstico e a sua não administração está associada a fatalidades¹⁻⁴. Assim, reconhecer e tratar adequadamente a anafilaxia é fundamental. No entanto, dados nacionais e internacionais demonstram de forma consistente que a anafilaxia continua subdiagnosticada, subreportada e subtratada¹⁻⁶.

Com o objetivo de melhorar o conhecimento e a abordagem da anafilaxia em Portugal, o Grupo de Interesse de “Anafilaxia e Doenças Imunoalérgicas Fatais” (GANDALF) da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC) tem vindo a produzir um conjunto de materiais educativos. São agora colocados alguns desses materiais educativos ao dispor de todos os leitores da Revista Portuguesa de Imunoalergologia (RPIA) e dos sócios da SPAIC.

POSTER DE “ANAFILAXIA: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO”


Em 2011, a *World Allergy Organization* (WAO) promoveu a publicação histórica das primeiras orientações mundiais

para a abordagem diagnóstica e terapêutica da anafilaxia¹. Este documento continha um forte componente iconográfico, a partir do qual foi criado o poster *Anaphylaxis: diagnosis and treatment*. Neste contexto, o GANDALF considerou relevante criar uma versão nacional, para ser disponibilizada gratuitamente e em língua portuguesa (Figura 1).

Relativamente ao diagnóstico de anafilaxia, que é exclusivamente clínico, foram usadas imagens para ilustrar os três cenários em que este deve ser considerado. As imagens foram inspiradas nas produzidas pela WAO, sendo reformuladas de modo a facilitar a interpretação dos critérios de diagnóstico.

O tratamento foi organizado por passos, reiterando o papel da adrenalina como tratamento de primeira linha da anafilaxia, independentemente da gravidade do quadro¹⁻⁵. A adrenalina deve ser administrada por via intramuscular na face anterolateral da coxa, na dose de 0,01mg/kg (máximo 0,5mg), que pode ser repetida a cada 5-15 minutos (num máximo de 3 administrações) se não ocorrer resposta clínica. Foi também complementado com o restante tratamento e as doses de cada fármaco a utilizar.


Pela importância da adequada orientação no momento da alta após o episódio de anafilaxia para o tratamento e prevenção de novos eventos, foi ainda incluída uma “*Check-list* após a alta”, relembrando que, de acordo com orientações nacionais², deve ser feita a prescrição de tratamento de emergência, efetuada a referenciação urgente para consulta de Imunoalergologia e a notificação do caso no Registo Nacional de Anafilaxia da SPAIC e no Catálogo Português de Alergias e outras Reações Adversas (CPARA)⁷.



DIAGNÓSTICO

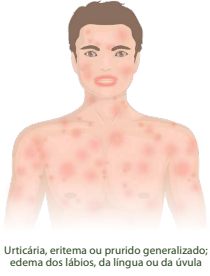

ANAFILAXIA

TRATAMENTO



REAÇÃO SISTÊMICA GRAVE, NA PRESENÇA DE PELO MENOS UM DOS TRÊS CRITÉRIOS CLÍNICOS SEGUINTE:


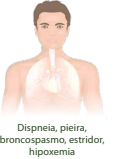

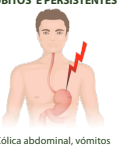
INÍCIO SÚBITO (minutos a poucas horas) de:
 Envolvimento da pele ou mucosas e pelo menos um dos seguintes:
 Compromisso respiratório ou Hipotensão / sintomas associados

<p>SINTOMAS DA PELE OU MUCOSAS</p>  <p>Urticária, eritema ou prurido generalizado; edema dos lábios, da língua ou da úvula</p>	+	<p>SINTOMAS RESPIRATÓRIOS</p>  <p>Dispneia, pieira, broncospasmo, estridor, hipoxemia</p>
OU		
<p>HIPOTENSÃO OU SINTOMAS ASSOCIADOS</p>  <p>Hipotonia (colapso), síncope, incontinência de esfínteres</p>		

1

OU

INÍCIO RÁPIDO após exposição a um ALERGÊNIO PROVÁVEL PARA O DOENTE (minutos a poucas horas) de 2 OU MAIS dos seguintes:

<p>SINTOMAS DA PELE OU MUCOSAS</p>  <p>Urticária, eritema ou prurido generalizado; edema dos lábios, da língua ou da úvula</p>	<p>SINTOMAS RESPIRATÓRIOS</p>  <p>Dispneia, pieira, broncospasmo, estridor, hipoxemia</p>	<p>HIPOTENSÃO OU SINTOMAS ASSOCIADOS</p>  <p>Hipotonia (colapso), síncope, incontinência de esfínteres</p>	<p>SINTOMAS GASTROINTESTINAIS SÚBITOS E PERSISTENTES</p>  <p>Cólica abdominal, vômitos</p>
---	--	---	---

2

OU

HIPOTENSÃO após exposição a ALERGÊNIO CONHECIDO PARA O DOENTE (minutos a poucas horas)
 (Pressão sistólica <90mmHg * OU queda >30% em relação ao seu basal)
 *nas crianças <1 ano de idade - inferior a 70 mmHg; 1-10 anos - inferior a [70 mmHg + (2x idade)]

3

1º PASSO (executar simultaneamente)

AVALIAR
 Vias aéreas (Airways), Respiração (Breathing), Circulação (Circulation), Estado de consciência (Disability), Pele (Exposure)

ADRENALINA IM
 Mesmo na ausência de hipotensão ou choque | Dose: 0,01mg/Kg (máx: 0,5mg/dose); Solução aquosa, 1:1000 (1mg/mL); na face anterolateral da coxa

POSICIONAR o doente
 Decúbito dorsal com membros inferiores elevados | Semi-sentado se **dispneia** | Posição lateral de segurança se **vômitos ou perda de consciência** | Decúbito lateral esquerdo se **grávida**

MONITORIZAR o doente
 (frequência cardíaca, pressão arterial, frequência respiratória, saturação de O₂)

MEDIDAS GERAIS
 Se possível **REMOVER O ALERGÊNIO** conhecido ou provável
 Administrar **O₂ SUPLEMENTAR** (10-15 L/min; FIO₂ ~40-80%)
 Considerar colocação de **ACESSO VENOSO PERIFÉRICO**

↓

2º PASSO (executar concomitantemente ou em sequência)

ADMINISTRAR ANTI-HISTAMÍNICO	Preferencialmente oral e não sedativo (até 4 vezes a dose diária) Se necessário EV ou IM: CLEMASTINA 0,025mg/kg/dose (máx: 2mg) ou HIDROXIZINA 1mg/kg/dose (máx: 100mg)
ADMINISTRAR CORTICOIDE	Preferencialmente oral: Metilprednisolona ou Prednisolona 1-2 mg/kg/dose Se necessário EV: METILPREDNISOLONA 1-2mg/kg/dose lento (máx: 250mg) ou HIDROCORTISONA 4mg/kg/dose (máx: 200mg)
REPETIR ADRENALINA IM	Se necessário repetir ADRENALINA IM (de 5 em 5 minutos até 3 administrações) Dose: 0,01mg/Kg (máx: 0,5mg/dose); solução aquosa, 1:1000 (1mg/mL); face anterolateral da coxa
CONSIDERAR ACRESCENTAR:	Se BRONCOSPASMO Salbutamol Inalado: - nebulização com câmara expansora, 50µg/Kg/dose (máx: 1000µg) Se HIPOTENSÃO FLUIDOTERAPIA EV: soro fisiológico ou solução cristalóide 20mL/kg (máx: 1000mL) em infusão rápida (10 a 20 minutos). Repetir se necessário Se sob beta-bloqueador ou hipotensão persistente GLUCAGON EV 30µg/Kg/dose (máx: 1mg) Anti-histamínico H₂ RANITIDINA EV 1mg/Kg/dose (máx: 50mg)

↓

Sem melhoria? Todos os fármacos usados e em doses máximas?

Rever Diagnóstico Rever tratamento e medidas gerais Rever remoção do alérgeno	Considerar ADRENALINA EV Solução diluída (1:10.000) em perfusão lenta (0,1µg/kg/minuto); Sala de Emergência ou Cuidados Intensivos
---	--

Em qualquer altura:

Se dificuldade respiratória / insuficiência respiratória refractária ou edema da glote:	ENTUBAÇÃO orotraqueal ou nasotraqueal
Se paragem cardiorrespiratória:	SUORTE AVANÇADO DE VIDA

Após resolução dos sintomas: Check-list para ALTA

VIGIAR pelo menos 8 a 24 horas (de acordo com gravidade do quadro)	Prescrever anti-histamínico oral não sedativo e corticóide oral Considerar prescrição de dispositivo auto-injector de adrenalina (e seu treino) Referenciar para CONSULTA DE IMUNOALERGOLOGIA Registrar no CPARA (Catálogo Português de Alergias e outras Reações Adversas)
--	--

Figura 1. Poster de “Anafilaxia: Diagnóstico e Tratamento” do Grupo de Interesse de “Anafilaxia e Doenças Imunoalérgicas Fatais” (GANDALF) da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC)

O poster “Anafilaxia: Diagnóstico e Tratamento” foi publicado também na Acta Médica Portuguesa em Fevereiro de 2018, desta forma divulgando junto da comunidade médica portuguesa não só o poster, mas também a anafilaxia e a sua correta abordagem⁸.


PLANO DE EMERGÊNCIA

O plano de emergência escrito é uma arma fundamental para a proteção do indivíduo com risco de anafilaxia^{3,4}. Este tipo de documentos tem o potencial de reduzir a frequência e a gravidade das reações, melhorar o conhe-

cimento da anafilaxia, melhorar o uso dos autoinjectores de adrenalina e reduzir a ansiedade dos cuidadores⁹. O uso de planos de emergência está recomendado por diversas organizações nacionais e internacionais^{1-4,10}.

Estes documentos devem ser claros, de compreensão fácil, escritos em linguagem não médica e devem incluir informações como a identificação e fotografia do doente, contacto dos pais / cuidadores / pessoa de referência e do médico responsável e identificação clara dos alérgenos a evitar. Devem ser entregues cópias do plano ao doente, aos cuidadores, à escola e ao médico de família³.

No entanto, a existência de diversos modelos de plano de emergência pode gerar confusão na comunidade¹¹, não



SPAIC
SOCIEDADE PORTUGUESA DE
ALERGOLOGIA E IMUNOLOGIA CLÍNICA

ANAFILAXIA

PLANO DE EMERGÊNCIA

FOTO

Nome: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Alergias diagnosticadas: _____

Contacto pessoal: _____ Contacto de emergência: _____ Parentesco: _____


Médico assistente: _____ Contacto: _____ Data: ____/____/____

MEDICAMENTOS e DOSES


Adrenalina: _____ Corticóide: _____ Antihistamínico: _____

Outros: _____

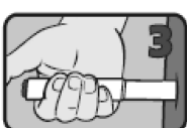
Como usar a ANAPEN®




1. RETIRAR a tampa **PRETA** (do lado da seta).




2. RETIRAR a tampa de segurança (do lado do botão vermelho).



3. ENCOSTAR a ponta com a **SETA** na parte externa da coxa (pode fazer por cima da roupa, se não for grossa).







4. Carregar no botão **VERMELHO** até ouvir “CLIQUE”. **MANTER** pressionado 10 segundos. **RETIRAR** e **MASSAJAR**.



LIGAR 112.

SE SUSPEITAR QUE PODERÁ TER CONTACTADO COM O ALERGÉNIO e/ou SE OCORRER INÍCIO SÚBITO DOS SEGUINTE SINTOMAS:








SINTOMAS LIGEIOS

 NARIZ Comichão no nariz, pingo, espirros	 BOCA Comichão na boca	 BARRIGA Náuseas/enjoos ligeiros ou desconforto	 PELE Algumas borbulhas ou comichão
---	--	--	---

↓ ↓ ↓ ↓

1. Tomar antihistamínico/corticóide se estiverem prescritos
2. Vigiar de perto e avisar o contacto de emergência
3. Se agravar, **INJECTAR ADRENALINA** e **LIGAR 112**

SINTOMAS GRAVES


 RESPIRAÇÃO Falta de ar, chiadeira, tosse persistente	 CIRCULAÇÃO Palidez ou pele azulada, tonturas/desmaio	 GARGANTA Aperto, rouquidão, dificuldade em engolir	 BOCA Inchaço significativo dos lábios ou língua
 PELE Comichão no corpo todo, vermelhidão, muitas borbulhas	 BARRIGA Vómitos ou diarreia intensos	 OUTROS Ansiedade, confusão	OU UMA COMBINAÇÃO de sintomas de vários órgãos

↓ ↓ ↓ ↓

1. **INJECTAR ADRENALINA IMEDIATAMENTE**
2. **LIGAR 112:** avisar que está a ocorrer uma ANAFILAXIA
3. **DEITAR** no chão com as pernas elevadas OU SENTAR se tiver falta de ar ou estiver a vomitar
4. Tomar as **OUTRAS MEDICAÇÕES** receitadas (antihistamínico/corticóide e inalador da asma se tiver falta de ar/tosse)
5. **ALERTAR** contactos de emergência

SPAIC | Grupo de Interesse de "Anafilaxia e Doenças Imunoalérgicas Fatais" | 2018

Figura 2. Plano de emergência para anafilaxia com explicação de utilização do dispositivo autoinjector de adrenalina Anapen® do Grupo de Interesse de “Anafilaxia e Doenças Imunoalérgicas Fatais” (GANDALF) da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC)



SPAIC
SOCIEDADE PORTUGUESA DE
ALERGOLOGIA E IMUNOLOGIA CLÍNICA

ANAFILAXIA

PLANO DE EMERGÊNCIA

FOTO

Nome: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Alergias diagnosticadas: _____

Contacto pessoal: _____ Contacto de emergência: _____ Parentesco: _____


Médico assistente: _____ Contacto: _____ Data: ____/____/____

MEDICAMENTOS e DOSES

Adrenalina: _____ Corticóide: _____ Antihistamínico: _____


Outros: _____

Como usar a EPIPEN®



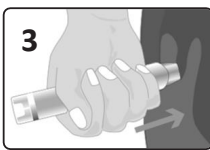
1

1. RETIRAR a tampa AZUL.



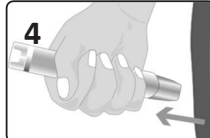
2

2. ENCOSTAR a ponta LARANJA à parte externa da coxa (pode fazer por cima da roupa, se não for grossa).




3

3. CARREGAR contra a coxa até ouvir um "CLIQUE". Continuar a CARREGAR durante 10 SEGUNDOS.



4





4. RETIRAR e MASSAJAR.



112 LIGAR 112.

SE SUSPEITAR QUE PODERÁ TER CONTACTADO COM O ALERGÉNIO e/ou SE OCORRER INÍCIO SÚBITO DOS SEGUINTE SINTOMAS:








SINTOMAS LIGEIROS

			
NARIZ Comichão no nariz, pingos, espirros	BOCA Comichão na boca	BARRIGA Náuseas/enjoos ligeiros ou desconforto	PELE Algumas borbulhas ou comichão

↓ ↓ ↓ ↓

1. Tomar antihistamínico/corticóide se estiverem prescritos
2. Vigiado de perto e avisar o contacto de emergência
3. Se agravar, **INJECTAR ADRENALINA e LIGAR 112**

SINTOMAS GRAVES

			
RESPIRAÇÃO Falta de ar, chiadeira, tosse persistente	CIRCULAÇÃO Palidez ou pele azulada, tonturas/desmaio	GARGANTA Aperto, rouquidão, dificuldade em engolir	BOCA Inchaço significativo dos lábios ou língua
			
PELE Comichão no corpo todo, vermelhidão, muitas borbulhas	BARRIGA Vómitos ou diarreia intensos	OUTROS Ansiedade, confusão	

↓ ↓ ↓

OU UMA COMBINAÇÃO de sintomas de vários órgãos

1. **INJECTAR ADRENALINA IMEDIATAMENTE**
2. **LIGAR 112**: avisar que está a ocorrer uma ANAFILAXIA
3. **DEITAR** no chão com as pernas elevadas OU **SENTAR** se tiver falta de ar ou estiver a vomitar
4. Tomar as **OUTRAS MEDICAÇÕES** receitadas (antihistamínico/corticóide e inalador da asma se tiver falta de ar/tosse)
5. **ALERTAR** contactos de emergência

SPAIC | Grupo de Interesse de "Anafilaxia e Doenças Imunoalérgicas Fatais" | 2018

Figura 3. Plano de emergência para anafilaxia com explicação de utilização do dispositivo autoinjector de adrenalina EpiPen® do Grupo de Interesse de "Anafilaxia e Doenças Imunoalérgicas Fatais" (GANDALF) da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC)

sendo difícil imaginar uma situação em que uma escola, com várias crianças com risco de anafilaxia, seguidas por médicos diferentes, possa ter planos de emergência com variações relevantes no seu aspeto, conteúdo e orientações.

Com o objetivo de uniformizar a informação prestada, facilitando os cuidados prestados por pais, profissionais de saúde e comunidade escolar, o GANDALF decidiu criar um Plano de Emergência que agora disponibiliza a todos os leitores da RPIA e sócios da SPAIC.

Este documento teve por base, além das orientações referidas, diversos planos de emergência disponíveis na literatura, incluindo um de índole nacional, publicado na RPIA¹². O plano de emergência deve ser preenchido com os dados de identificação do doente, contacto de emergência dos pais / cuidadores / pessoa de referência, contacto do médico assistente, alérgenos relevantes e nome dos medicamentos que compõem o *kit* de emergência. Inclui instruções sobre como proceder em função da gravidade dos sintomas, caso suspeite que possa ter contactado com o alérgeno relevante. Os órgãos potencialmente afetados estão ilustrados com o intuito de facilitar a interpretação dos sinais e sintomas. Inclui também instruções para a utilização dos dois dispositivos autoinjectores de adrenalina disponíveis em Portugal, para os quais existem duas doses fixas: 0,15mg e 0,30mg, utilizando-se o último quando o peso do doente for ≥ 30 kg. A adrenalina auto-injectável pode ser prescrita em crianças a partir de 7,5kg¹³. A educação sobre o uso do dispositivo deve ser feita ao doente e aos prestadores de cuidados. O plano de emergência está disponível em duas versões, uma com instruções para o uso de Anapen[®] (Lincoln Medical Limited, Salisbury, Reino Unido) (Figura 2) e outra com instruções para o uso de EpiPen[®] (Mylan, Canonsburg, Estados Unidos) (Figura 3). O doente deve ser portador do plano de emergência e do dispositivo autoinjector de adrenalina que lhe foi prescrito e a prevenção da anafilaxia deve envolver todos os prestadores de cuidados.

Declaração de conflitos de interesse: Nenhum.

Contacto:

Ângela Gaspar

Centro de Imunoalergologia, Hospital CUF Descobertas

Rua Mário Botas, 1998-018 Lisboa

E-mail: angela.gaspar@sapo.pt

REFERÊNCIAS

1. Simons FE, Arduso LR, Bilo MB, El-Gamal YM, Ledford DK, Ring J, et al. World allergy organization guidelines for the assessment and management of anaphylaxis. *World Allergy Organ J* 2011;4:13-37.
2. Direção-Geral da Saúde. Anafilaxia: Abordagem Clínica. Norma n.º 014/2012 de 16/12/2012 atualizada a 18/12/2014.
3. Muraro A, Roberts G, Worm M, Bilo MB, Brockow K, Fernandez Rivas M, et al. Anaphylaxis: guidelines from the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. *Allergy* 2014;69:1026-45.
4. Simons FE, Arduso LR, Bilo MB, Cardona V, Ebisawa M, El-Gamal YM, et al. International consensus on (ICON) anaphylaxis. *World Allergy Organ J* 2014;7:9.
5. Gaspar A, Branco-Ferreira M. Anafilaxia. In: Taborda -Barata L (Eds.). *Fundamentos de Imunoalergologia*. Lisboa: Lidel Edições Lda; 2011:195-214.
6. Mota I, Pereira AM, Pereira C, Tomaz E, Ferreira MB, Sabino F, et al. Abordagem e registo da anafilaxia em Portugal. *Acta Med Port* 2015;28:786-96.
7. Direção-Geral da Saúde. Registo de Alergias e Outras Reações Adversas. Norma n.º 002/2012 de 04/07/2012 atualizada a 11/08/2015.
8. Carneiro-Leão L, Santos N, Gaspar A; Grupo de interesse de “Anafilaxia e Doenças Imunoalérgicas Fatais” da SPAIC. Anafilaxia: diagnóstico e tratamento. *Acta Med Port* 2018;31:134-5.
9. Nurmatov U, Worth A, Sheikh A. Anaphylaxis management plans for the acute and long-term management of anaphylaxis: a systematic review. *J Allergy Clin Immunol* 2008;122:353-61, e1-3.
10. Direção-Geral da Saúde. Anafilaxia: Registo e Encaminhamento. Norma n.º 004/2012 de 16/12/2012 atualizada a 18/12/2014.
11. Wang J, Sicherer SH, Section on Allergy and Immunology. Guidance on Completing a Written Allergy and Anaphylaxis Emergency Plan. *Pediatrics* 2017;139:e20164005.
12. Prates S, Carrapatoso I. Orientação do doente com alergia alimentar. *Rev Port Imunoalergologia* 2009;17(Supl 1):35-40.
13. Silva D, Gaspar A, Mariana Couto, Mário Morais-Almeida. Anafilaxia em idade pediátrica: Do lactente ao adolescente. *Rev Port Imunoalergologia* 2013;21:157-75.