

Carta ao Editor: Anafilaxia, Diagnóstico e Tratamento

Letter to the Editor: Anaphylaxis, Diagnosis and Treatment

Palavras-chave: Anafilaxia/diagnóstico; Anafilaxia/tratamento
Keywords: Anaphylaxis/diagnosis; Anaphylaxis/therapy

A anafilaxia é uma reação de hipersensibilidade sistémica grave e potencialmente fatal.^{1,2} Caracteriza-se pelo início rápido de sinais e sintomas após a exposição a um alérgeno, com atingimento simultâneo de dois ou mais órgãos/sistemas, incluindo pele, vias aéreas superiores e/ou inferiores, sistema cardiovascular ou gastrointestinal.¹⁻³ Trata-se de uma emergência médica por excelência, já que a morte pode ocorrer em minutos e, no início do episódio, não é possível prever a velocidade da sua progressão ou a sua gravidade final.¹ No entanto, a anafilaxia continua subdiagnosticada, subreportada e subtratada.¹⁻⁵

Com o objetivo de melhorar o reconhecimento e abordagem da anafilaxia em Portugal, o Grupo de Interesse de “Anafilaxia e Doenças Imunoalérgicas Fatais” da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC) produziu o poster “Anafilaxia: Diagnóstico e Tratamento”, que aqui se apresenta (Fig. 1). Este documento, elaborado com base em orientações nacionais⁴ e internacionais,¹⁻³ está, de forma distinta a outros materiais similares,¹

disponível gratuitamente (http://www.spaic.pt/download_publicacoes.php?file=192) e em língua portuguesa.

Relativamente ao diagnóstico de anafilaxia, que é exclusivamente clínico, optou-se por usar imagens para ilustrar os três cenários em que deve ser considerado. Estas imagens, inspiradas nas produzidas pela World Allergy Organization,¹ foram reformuladas, procurando facilitar a interpretação dos critérios de diagnóstico.

O tratamento foi organizado por passos e complementado com as doses de cada fármaco. Reitera-se a importância da adrenalina intramuscular que é, de acordo com múltiplas orientações,^{1,4} o tratamento de primeira linha da anafilaxia, independentemente da gravidade do quadro. Não existem contraindicações absolutas à sua administração, e a sua não administração/atraso na administração associa-se a maior risco de morte.¹⁻⁴ A adrenalina provoca vasoconstrição, reduzindo a hipotensão e o choque; induz broncodilatação e reduz o edema e consequente obstrução das vias aéreas; alivia os sintomas cutâneos e reduz a libertação de mediadores.¹⁻⁴ A via intramuscular é mais rápida que a subcutânea e mais segura que a endovenosa¹⁻³; a face anterolateral da coxa é preferida por ser o local de administração onde se atinge o pico plasmático mais rapidamente.² Corticóides e antihistamínicos podem contribuir para o tratamento, mas nunca constituem uma alternativa à adrenalina por terem início de ação lento e não atuarem sobre as alterações ventilatórias e cardiovasculares que conduzem à morte.



ANAFILAXIA

DIAGNÓSTICO TRATAMENTO

REAÇÃO SISTÉMICA 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, broncospasma, estridor, hipoxemia</p>
OU	
<p>HIPOTENSÃO OU SINTOMAS ASSOCIADOS</p> <p>Hipotonia (colapso), síncope, incontinência de esfínteres</p>	

OU

INÍCIO RÁPIDO após exposição a um ALÉRGENO 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, broncospasma, 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>
--	---	--	--

OU

HIPOTENSÃO após exposição a ALÉRGENO 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)]

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: 0,01 mg/Kg (máx: 0,5mg/dose); Solução aquosa, 1:1000 (1mg/mL); na face anterolateral da coxa)

MEDIDAS GERAIS

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

Colheita de sangue para TRIPTASE (primeiros 30 a 90min ou até 6h após início dos sintomas)

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 CORTICÓIDE	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: - pMDI com câmara expansora, 50µg/Kg/dose (máx: 1000µg) - nebulização com 0,3mL/Kg/dose (máx: 1mL)
	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-histaminico H ₂	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 (0,1 µg/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 cardiorespiratória:	SUORTE AVANÇADO DE VIDA

Após resolução dos sintomas:

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

Figura 1 – Poster ‘Anafilaxia: Diagnóstico e Tratamento’

CARTAS AO EDITOR

Após a anafilaxia, salienta-se a pertinência de uma adequada orientação do doente,^{1,2,4} através da referenciação urgente para consulta de Imunoalergologia, prescrição de

tratamento de emergência e notificação do episódio no Catálogo Português de Alergias e Reações Adversas.⁴

REFERÊNCIAS

1. Simons FE, Arduoso 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. Simons FE, Arduoso LR, Bilo MB, Cardona V, Ebisawa M, El-Gamal YM, et al. International consensus on (ICON) anaphylaxis. *World Allergy Organ J.* 2014;7:9.
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. Direção Geral da Saúde. Anafilaxia: Abordagem Clínica - Norma da Direção-Geral da Saúde. ed: 014/2012; 2012. Atualização a 18/12/2014. ed 2012. Lisboa: DGS; 2014.
5. 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.

Leonor CARNEIRO-LEÃO¹, Natacha SANTOS², Ângela GASPAR³; Grupo de interesse de “Anafilaxia e Doenças Imunoalérgicas Fatais” da SPAIC - Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica.

1. Serviço de Imunoalergologia. Centro Hospitalar São João. Porto. Portugal.
2. Serviço de Imunoalergologia. Centro Hospitalar do Algarve. Portimão. Portugal.
3. Centro de Imunoalergologia. Hospital CUF Descobertas. Lisboa. Portugal.

Autor correspondente: Leonor Carneiro-Leão. leonorcarneiroleao@gmail.com

Recebido: 20 de janeiro de 2018 - Aceite: 22 de janeiro de 2018 | Copyright © Ordem dos Médicos 2018

<https://doi.org/10.20344/amp.10271>



Carta ao Editor: Ainda a Propósito do *Delirium*

Letter to the Editor: Still About *Delirium*

Palavras-chave: Delírio/diagnóstico; Delírio/tratamento; Sinais Vitais

Keywords: Delirium/diagnosis; Delirium/drug therapy; Vital Signs

Lemos com muito interesse e especial agrado uma revisão recentemente publicada na vossa revista dedicada ao *delirium*.¹ Com muito interesse por ser um tema importantíssimo, transversal a toda as especialidades em Medicina; e com especial agrado porque nós Psiquiatras sentimos que de facto tem havido graves insuficiências no conhecimento teórico e na abordagem prática desta síndrome neuropsiquiátrica. Não são poucas as vezes que a reconhecemos em doentes que nos chegam pela urgência hospitalar, sem que tenha havido uma triagem correta, por parte de outras especialidades. Muitos desses doentes acabam internados em enfermarias de Psiquiatria e vêm o seu prognóstico agravado por um atraso no diagnóstico e tratamento corretos, por vezes com desfecho trágico. Só por isso gostaríamos de felicitar os autores e os editores por terem publicado este artigo. Ainda assim, e no entanto, há aspetos que merecem, no nosso entender, alguns esclarecimentos:

- 1) Os autores alcinharam o *delirium* de 7º sinal vital, mas ficámos com uma dúvida: quais são os outros seis? É que numa breve pesquisa na PubMed encontrámos, pelo menos nove (e não seis) sinais vitais. Os seis clássicos: pressão arterial, pulso, temperatura, respiração, peso e

altura²; e ainda três contemporâneos: *status* funcional,³ dor⁴ e sofrimento.⁵ Haverá consenso nesta matéria?

- 2) Os autores não fizeram referência a sinónimos de *delirium*. É importante recordar os leitores que *delirium* é equivalente a outras expressões tantas vezes usadas em contexto clínico, dos quais gostaríamos de destacar apenas estado confusional agudo. Mas há outros sinónimos,⁶ que vão sendo usados consoante a especialidade (e.g. encefalopatia hepática na Gastreenterologia, etc...).
- 3) O artigo também não alerta para um lapso que por vezes encontramos nalgumas traduções infelizes. Estamos a referir-nos à confusão entre *delirium* e delírio, que não são de todo, expressões equivalentes. Delírio (em inglês, *delusion*) é uma convicção persistente e inabalável,⁷ ou seja uma alteração do conteúdo do pensamento, que pode acontecer em inúmeras psicoses (e.g. orgânica, esquizofrénica, maniaco-depressiva, etc...) mas cuja ocorrência não obriga nem depende da existência de uma alteração do estado da consciência como é o caso do *delirium*.⁸
- 4) Finalmente, uma chamada de atenção para o uso de benzodiazepinas (e.g. diazepam, lorazepam, midazolam, etc...) no tratamento do *delirium*: são fármacos que podem, por si só, causar ou agravar a vasta maioria dos casos de *delirium*, pelo que devem ser evitados de todo, ou usados só e apenas, quando a etiologia já está bem definida: nomeadamente em casos de abstinência de substâncias depressoras do sistema nervoso central (e.g. álcool, benzodiazepinas, barbitúricos, etc...) ou intoxicação com psicoestimulantes (e.g. cocaína, anfetaminas, metanfetaminas, etc...)⁹

REFERÊNCIAS

1. Prayce R, Quaresma F, Neto IG. Delirium: o 7º parâmetro vital? *Acta Med Port.* 2018;31:51-8.
2. McCarthy FM. Vital signs—the six-minute warnings. *J Am Dent Assoc.* 1980;100:682-91.
3. Bierman AS. Functional status: the sixth vital sign. *J Gen Intern Med.* 2001;16:785-6.