

# Anafilaxia e a medicina geral e familiar

## *Anaphylaxis and general practitioners*

Rev Port Imunoalergologia 2006; 14 (1): 19-25

Manuel Branco Ferreira<sup>1,2</sup>, Rodrigo Rodrigues Alves<sup>1</sup>, Manuel Pereira Barbosa<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Unidade de Imunoalergologia – Serviço de Medicina II – Hospital de Santa Maria, Lisboa

<sup>2</sup> Faculdade de Medicina de Lisboa

### RESUMO

**Introdução:** No ambulatório, a anafilaxia é uma situação clínica potencialmente fatal, em que a prevenção da mortalidade depende da sua correcta identificação e da precocidade da auto-administração terapêutica de adrenalina. **Objectivos:** Avaliar conhecimentos práticos de diagnóstico e terapêutica de anafilaxia por parte de médicos especialistas de medicina geral e familiar. **Material e métodos:** Foram inquiridos 70 médicos através de um questionário de preenchimento voluntário e anónimo com 5 perguntas de escolha múltipla (apenas uma alínea correcta): três sobre aspectos diagnósticos e duas sobre aspectos terapêuticos. Existia ainda uma pergunta complementar solicitando a menção do nome comercial de um dispositivo de auto-administração de adrenalina. O tempo para o preenchimento deste questionário foi de 8 minutos. Foram recolhidos 64 questionários adequadamente preenchidos. **Resultados:** Nas três questões sobre aspectos diagnósticos verificou-se uma percentagem de respostas correctas oscilando entre 39 e 60 %. Relativamente às duas questões sobre terapêutica da anafilaxia, apenas cerca de 20 a 25 % dos inquiridos forneceu a resposta correcta. Apenas 9 % dos inquiridos conseguiu referir o nome comercial de adrenalina para auto-administração. **Conclusões:** Verifica-se um maior conhecimento dos aspectos relacionados com o diagnóstico de anafilaxia do que com o seu tratamento e, nomeadamente, relativamente à precocidade da terapêutica com adrenalina e da sua via preferencial de utilização, constatando-se ainda um grande desconhecimento da possibilidade de auto-administração com dispositivo adequado para o efeito. Estes dados mostram ser absolutamente essencial a promoção de acções de formação sobre diagnóstico e terapêutica da anafilaxia no ambulatório, junto dos colegas de medicina geral e familiar.

**Palavras-chave:** Anafilaxia, medicina geral e familiar, questionário.

## ABSTRACT

**Introduction:** In an out-patient setting, anaphylaxis is potentially lethal and mortality prevention relies on its correct diagnosis and on early epinephrine injection by the patients affected. **Objective:** Evaluate practical knowledge of diagnostic and therapeutic aspects of anaphylaxis in general practitioners. **Material and methods:** 70 GPs were inquired through the use of an anonymous and voluntary questionnaire with 5 multiple-choice questions (just one correct answer): 3 about diagnostic aspects and two about therapeutic aspects of anaphylaxis. There was also one other question where it was asked the commercial name of the only device for epinephrine auto-injection available in Portugal. Eight minutes were given to fulfil the questionnaire. 64 complete questionnaires were eligible for evaluation. **Results:** In the three diagnostic questions we observed a percent of correct answers ranging from 39 to 60 %. In the two questions regarding anaphylaxis therapy only 20 to 25 % of the GPs gave the correct answers. Only 9 % of the GPs were able to indicate the correct commercial name of the epinephrine auto-administration kit. **Conclusions:** Overall the results of this study reveal insufficiencies in the correct knowledge of anaphylaxis diagnosis and treatment by GPs, which are front-line doctors in the management of out-patient anaphylactic reactions. We have found a very low levels of correct answers regarding aspects related to anaphylaxis treatment, namely regarding the stringent need of precocious epinephrine administration, most adequate route of administration and availability of auto-injection devices. These results indicate that it is absolutely essential to promote GPs education programmes regarding adequate diagnosis and treatment of anaphylaxis.

**Key-words:** Anaphylaxis, general practitioners, questionnaire

## INTRODUÇÃO

**A** anafilaxia pode ser definida como uma reacção de hipersensibilidade sistémica que coloca em risco a vida do doente<sup>1</sup> e que atinge normalmente dois ou mais sistemas diferentes, sendo os mais frequentemente atingidos os sistemas cutâneo, respiratório, cárdio-vascular e gastrointestinal<sup>2</sup>.

É reconhecido por múltiplos autores que a precocidade de administração de adrenalina é um dos factores mais eficazes na prevenção da mortalidade<sup>3</sup> e num rápido reverter do quadro clínico, muito embora também se reconheça, por um lado, que existem mortes mesmo com o uso atempado de adrenalina e, por outro, que existem também mortes por excesso de adrenalina<sup>4</sup>.

Relativamente à precocidade da administração de adrenalina, também se tem vindo a fundamentar a noção de que a administração por via intramuscular reforça a precocidade com que se atingem níveis séricos eficazes, devendo, por esse motivo, ser a via preferencial para a administração de adrenalina<sup>5</sup>.

Um estudo recente, inglês, estimou uma incidência na população em geral de 8,4 casos por 100 000 pessoas/ano<sup>6</sup> e um estudo americano, já publicado em 2005, estima em 275 000 o número de idas por anafilaxia a um serviço de urgência por ano<sup>7</sup>. Como a maioria dos casos de anafilaxia ocorrem em ambulatório, o que é fácil de entender se pensarmos que alimentos, medicamentos por via oral e venenos de himenópteros são as causas mais frequentes de anafilaxia<sup>4,6</sup>, é evidente que um tratamento adequado se baseia:

- Num serviço de urgência e/ou durante um episódio agudo, em um diagnóstico precoce e instituição de tratamento imediato com adrenalina *im*, fluidoterapia *ev* e oxigénio, para além de outras medidas pontuais;
- Em consulta, só um diagnóstico retrospectivo correcto e fundamentado permitirá a educação do doente, não só quanto à evicção, mas também em relação à auto-administração de adrenalina, quando tal for necessário.

Neste sentido, a articulação com os especialistas de Medicina Geral e Familiar é fundamental para que haja uma correcta identificação e orientação dos doentes. Aliás, o papel estratégico da Medicina Familiar é, num âmbito mais geral, mas que também se aplica à anafilaxia, claramente reconhecido nas orientações do Plano Nacional de Saúde para 2004-2010, onde se refere especificamente que “a médio e longo prazo serão necessários investimentos em formação de novos especialistas e aperfeiçoamento da articulação com os Cuidados de Saúde Primários”<sup>8</sup>, pelo que é importante tentar perceber quais são as necessidades de formação específica nessa área.

Foi assim objectivo do nosso trabalho avaliar o grau de conhecimentos diagnósticos e de terapêutica da anafilaxia de um grupo de especialistas em Medicina Geral e Familiar, com o intuito de perceber se seria útil ou necessário a realização de acções de formação especificamente direccionadas para esta área, visando suprir lacunas formativas que, na maior parte dos casos, vêm desde o ensino pré-graduado.

## MATERIAL E MÉTODOS

A 70 especialistas de Medicina Geral e Familiar do distrito de Lisboa, seleccionados ao acaso, foi aplicado um questionário com 5 perguntas de escolha múltipla, cada uma com 5 alíneas (uma das quais certa), que se reproduz no Quadro I. Adicionalmente era solicitado, numa sexta pergunta, que indicassem o nome, para prescrição médica,

do único dispositivo de auto-administração de adrenalina existente em Portugal.

Foi dado a cada um dos médicos um tempo de oito minutos para completar o respectivo questionário, não sendo fornecida qualquer explicação ou comentário adicional.

Foram obtidos 64 questionários válidos e completamente preenchidos.

## RESULTADOS

Os resultados obtidos em cada uma das 5 perguntas de escolha múltipla estão indicados nas Figuras 1 a 5, estando assinalada, em cada uma das legendas, a resposta certa. No Quadro 2 está indicada a percentagem de respostas à sexta pergunta.

De uma forma global, verifica-se que, nas perguntas relativas a aspectos diagnósticos (questões 1 a 3), a percentagem de respostas certas varia entre 39 e 60 %, enquanto nas de terapêutica (questões 4 e 5) essa percentagem varia entre 20 e 25 %, embora esta última percentagem suba para 57 % se considerarmos também como igualmente válida a administração de adrenalina por via subcutânea.

A percentagem de especialistas de Medicina Geral e Familiar que sabe indicar o nome para prescrição de adrenalina auto-injectável (e que portanto estará à partida mais habilitada ou predisposta a receitar este tipo de terapêutica) é inferior a 10 %.

## DISCUSSÃO

Apesar de ser um tema de grande importância pela sua mortalidade e pela existência de tratamento fácil e adequado que previne em grande percentagem de casos esse desfecho fatal, é ainda frequente em Portugal uma certa lacuna no ensino médico, pré e pós-graduado, da anafilaxia, provavelmente fruto de uma subestimação da

**Quadro 1.** Questionário

**Em todas as perguntas há só uma resposta correcta. Assinale-a**

A anafilaxia apresenta frequentemente:

- 1) hipertensão
- 2) bradicardia
- 3) paresia dos membros inferiores
- 4) broncospasmo
- 5) todas as anteriores

As manifestações mais frequentes da anafilaxia são:

- 1) gastrintestinais
- 2) respiratórias altas
- 3) respiratórias baixas
- 4) cutâneo-mucosas
- 5) cárdio-vasculares

É FALSO que uma anafilaxia possa:

- 1) ser causada por alimentos
- 2) ser causada por fármacos
- 3) ser fatal em poucos minutos
- 4) desencadear uma crise hipertensiva
- 5) recidivar até 24-48 horas após o episódio inicial

A primeira atitude terapêutica farmacológica na anafilaxia é:

- 1) corticosteróides orais
- 2) corticosteróides injectáveis
- 3) anti-histamínicos
- 4) adrenalina
- 5) dopamina

Qual a via preferencial de administração de adrenalina?

- 1) subcutânea
- 2) nasal
- 3) endovenosa
- 4) intramuscular
- 5) é indiferente qualquer das vias anteriores

Sabe o nome do único dispositivo em Portugal para auto-administração de adrenalina ?

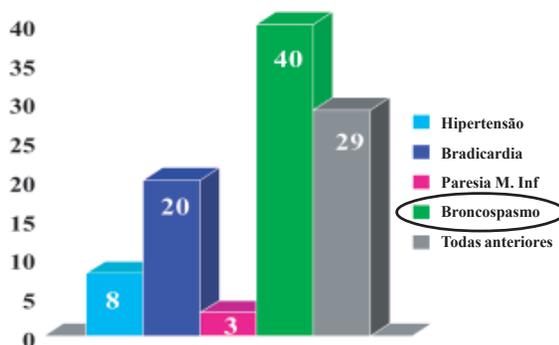
NÃO

SIM  Nome: \_\_\_\_\_

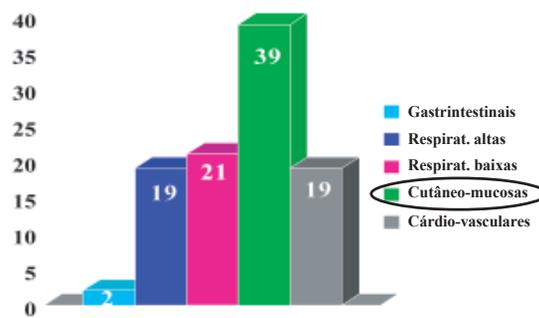
sua real frequência. Numa época em que vários estudos sugerem, como referimos, incidências muito significativas de anafilaxia<sup>6</sup> ou de recurso a serviço de urgência por anafilaxia, estimando-se que possa corresponder a 0,1 a 1 %

**Quadro 2.** Capacidade de indicar nome de dispositivo de auto-administração EpiPen®

Não respondeu	18 % (11/64)
Afirma não saber	73 % (47/64)
Afirma saber e nomeia correctamente	9 % (6/64)

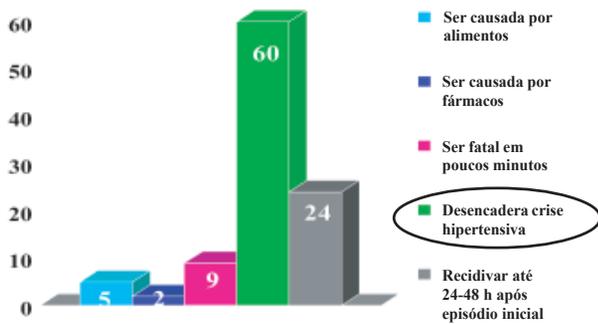


**Figura 1.** Percentagem de respostas dadas à pergunta: “A anafilaxia apresenta frequentemente:”

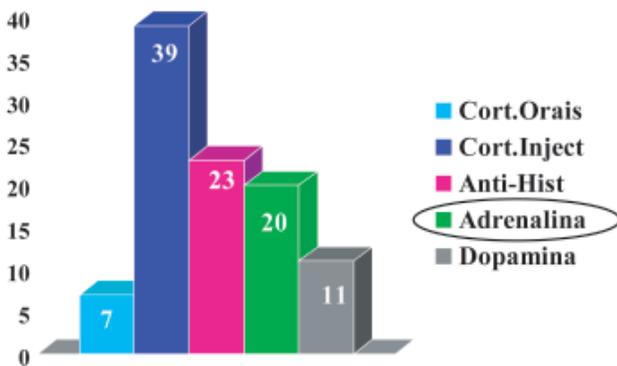


**Figura 2.** Percentagem de respostas dadas à pergunta: “As manifestações mais frequentes da anafilaxia são:”

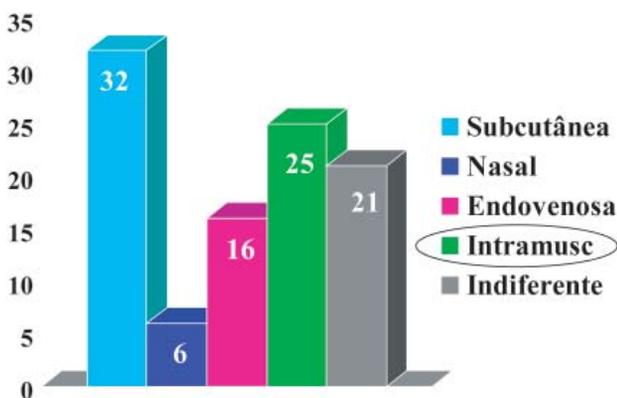
de todas as admissões anuais num serviço de urgência<sup>7</sup>, essa subestimação é claramente um erro. Um outro aspecto importante é o aumento do número de casos de anafilaxia de etiologia alimentar<sup>9</sup>, sendo frequentemente causada por alimentos pouco associados pelo público em geral a manifestações alérgicas, como os frutos secos, leguminosas ou frutas, podendo por isso também ser menos identificada.



**Figura 3.** Percentagem de respostas dadas à pergunta: “É FALSO que uma anafilaxia possa:”



**Figura 4.** Percentagem de respostas dadas à pergunta: “A primeira atitude terapêutica farmacológica na anafilaxia é:”



**Figura 5.** Percentagem de respostas dadas à pergunta: “Qual a via preferencial de administração de adrenalina?”

Num trabalho retrospectivo que efectuámos no nosso hospital<sup>10</sup> avaliando os internamentos por anafilaxia grau III e grau IV na nossa Unidade, de Julho/2004 a Julho/2005, verificámos uma diferença muito significativa (100 % versus 20 %) na utilização de adrenalina para o tratamento de anafilaxia, consoante o doente tivesse sido observado por médico especialista de Imunoalergologia / interno do 3.º, 4.º ou 5.º anos de Imunoalergologia ou por médico de outras especialidades médicas (Medicina Interna ou outras) que efectuem regularmente serviço de urgência. Pensamos que a explicação para este facto residirá, por um lado, no muito maior à-vontade no manejo deste fármaco por parte de imunoalergologistas, que lhes é conferida pela relativa frequência com que o têm de utilizar, e, por outro lado, na clara noção da sua extrema e rápida eficácia com efeitos adversos que são perfeitamente aceitáveis, principalmente quando se trata de indivíduos jovens e sem patologia cardiovascular subjacente.

Não se pense contudo que estes são dados exclusivos de Portugal. Num estudo multicêntrico americano avaliando o tratamento, em serviço de urgência de hospitais universitários, de 189 reacções anafiláticas na sequência de picada de himenópteros, situação que à partida parece mais favorável para a percepção imediata do diagnóstico de anafilaxia, verificou-se que apenas 13 % dos doentes tinha recebido terapêutica com adrenalina, com cerca de 68 % medicados com anti-histamínicos e 49 % com corticosteróides sistémicos<sup>7</sup>, dados que não se afastam muito dos que encontrámos na pergunta 4 do nosso questionário. As diferenças em relação ao menor uso de anti-histamínicos poder-se-ão provavelmente explicar pela prática frequente de administrar concomitantemente corticosteróides e anti-histamínicos sistémicos, opção esta que não era possível assinalar no questionário que efectuámos. Também do trabalho multicêntrico americano se assinala que só cerca de 27 % dos doentes receberam prescrição para adrenalina auto-injectável<sup>7</sup>, um pouco mais do que os 9 % que no nosso questionário conseguia identificar o nome para prescrição do kit de auto-administração de adrenalina. Percentagens igualmente baixas são referidas noutros

estudos, particularmente no que diz respeito às primeiras prescrições de adrenalina auto-injectável<sup>11,12</sup>.

Em relação à avaliação de práticas clínicas através de questionários, é óbvio que as duas situações são distintas: por um lado, há o conhecimento teórico e, por outro, há a sua aplicação na prática, sendo razoável admitir que esse conhecimento teórico será necessário mas em muitos casos não suficiente para desencadear a pronta administração da adrenalina ou a prescrição de dispositivos para auto-administração deste fármaco. Na ausência de registos que nos permitissem avaliar o que, de facto, é feito nos centros de saúde, SAP ou CATU, optámos por efectuar um simples questionário sobre aspectos práticos diagnósticos e terapêuticos de anafilaxia.

Embora não muito distantes dos resultados publicados noutros países, os resultados foram preocupantes, já que encontrámos uma percentagem muito significativa de médicos que dificilmente conseguiram fazer um diagnóstico correcto de anafilaxia. Igualmente preocupante é a baixa percentagem de médicos que tratariam, em primeira linha, uma anafilaxia com adrenalina, correspondendo este dado à prática médica comum, que todos nós vemos e conhecemos, de especialistas de todas as áreas, e que consiste na terapêutica da anafilaxia com corticóides e anti-histamínicos, tal como demonstrado em vários estudos<sup>7,13</sup>. Em relação à via de administração, a maior parte dos clínicos refere as vias *im* e *sc* como as preferenciais, o que não é de todo incorrecto, embora uma percentagem ainda significativa de colegas ache que se deve efectuar adrenalina *ev* (16%), o que de maneira alguma deve ser feito fora de internamento sob vigilância apertada. Também a percentagem elevada de colegas que acha ser indiferente qualquer das vias de administração nos deve chamar a atenção para que nós, enquanto formadores de outros colegas, insistamos claramente na preferência da via intramuscular.

## CONCLUSÕES

Este estudo, na linha de outros trabalhos nacionais e internacionais, vem sublinhar a urgente necessidade de formação médica pós-graduada relativa a aspectos práticos de diagnóstico e terapêutica da anafilaxia, com o objectivo de permitir a sua rápida identificação e tratamento. Pensamos ser importante poder expandir não só o número de colegas questionados mas também o âmbito da população médica a estudar, devendo ser considerada a efectivação deste mesmo questionário aos colegas de especialidades médicas que prestem serviço de urgência em hospitais centrais, bem como aos próprios especialistas de Imunoalergologia, pois só a verificação e quantificação das necessidades formativas pode desencadear atitudes tendentes a suprir essas falhas.

A Imunoalergologia portuguesa e os seus especialistas devem considerar como sua a responsabilidade de formação dos colegas nesta área, sendo igualmente fundamental que se proceda a uma avaliação da eficácia de tais acções de formação.

## BIBLIOGRAFIA

1. Sampson HA. Symposium on the definition and management of anaphylaxis: summary report. *J Allergy Clin Immunol* 2005;115:584-91.
2. Brown SGA. Clinical features and severity grading of anaphylaxis. *J Allergy Clin Immunol* 2004;114:371-6.
3. Sampson HA, Mendelson L, Rosen JP et al. Fatal and near-fatal anaphylactic reactions to food in children and adolescents. *N Engl J Med* 1992;327:380-4.
4. Pumphrey R. Anaphylaxis: can we tell who is at risk of a fatal reaction? *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2004;4:285-90.
5. Simons FE, Xiaochen GU, Simons KJ. Epinephrine absorption in adults: intramuscular versus subcutaneous injection. *J Allergy Clin Immunol* 2001;108:871-3.
6. Peng MM, Jick H. A population-based study of the incidence, cause and severity of anaphylaxis in the United Kingdom. *Arch Intern Med* 2004;164:317-9.
7. Clark S, Long A, Gaeta T, Camargo C. Multicenter study of emergency department visits for insect sting allergy. *J Allergy Clin Immunol* 2005;116:643-9.

8. Plano Nacional de Saúde: Orientações Estratégicas para 2004-2010. Ministério da Saúde; Fevereiro 2004: 42.
9. Sheikh A, Alves B. Age, sex and geographical and socio-economic variations in admissions for anaphylaxis: analysis of four years of English hospital data. *Clin Exp Allergy* 2001;31:1571-6.
10. Alves R, Branco Ferreira M, Pereira Barbosa M. Internamentos por anafilaxia – estudo retrospectivo. *Rev Port Imunoalergologia* 2005;13:314.
11. Brown A, McKinnon D, Chu K. Emergency department anaphylaxis: a review of 142 patients in a single year. *J Allergy Clin Immunol* 2001;108:61-6.
12. Klein JS, Yocum MW. Underreporting of anaphylaxis in a community emergency room. *J Allergy Clin Immunol* 1995;95:637-8.
13. Schwartz H. Acute allergic disease in a hospital emergency room: a retrospective evaluation of one year's experience. *Allergy Proc* 1995;16:247-50.

