|  |
| --- |
| **OBJETIVO:** |
| Padronizar um fluxo de atendimento coordenado diante de um paciente com quadro de reação anafilática no HMSH, com o objetivo de redução da morbimortalidade associada |
| **MATERIAL NECESSÁRIO:** |
| \* questionário para identificação dos pacientes com alergia prévia**KIT – ANAFILAXIA – HOSPITAL** (disponível na farmácia alas):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MEDICAMENTOS** | **PRODUTOS** | **EQUIPAMENTOS** **(carro de parada do setor)** |
| Adrenalina 1 mg/ml – 2 ampolas | Seringa 3 ml – 2 unidades | Ambu com reservatório |
| Soro Fisiológico 0,9% - 2 frascos 500 mL | Seringa 1 ml – 1 unidade | Máscara Número 2 – 1 máscara |
| SF 0,9% - 10 mL – 3 frascos | Seringa 10 mL – 1 unidade | Mácara Número 4 – 1 máscara |
| Aerolyn spray com espaçador – 1 un | Equipo de soro – 1 un | Torpedo de oxigênio – 1 unidade |
| Desloratadina xpe 0,5 mg/mL – 1 frasco | Jelco 24 – 1 unidade | Cateter de oxigênio |
| Hidrocortisona – 500 mg – 1 fr | Jelco 20 – 1 unidade | Máscara de venturi |
|  | Agulha cinza – 2 unidades | Oxímetro |

**KIT ANAFILAXIA PARA UNIDADES SATÉLITES (LABORATÓRIOS)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MEDICAMENTOS** | **PRODUTOS** | **EQUIPAMENTOS** |
| Adrenalina 1 mg/ml – 2 ampolas | Seringa 1 ml – 1 unidade | Ambu 1 litro (sem reservatório) |
| SF 0,9% - 10 mL – 1 frascos | Seringa 10 mL – 1 unidade | Máscara Número 2 – 1 máscara para crianças |
| Aerolyn spray com espaçador – 1 un | Agulha cinza – 2 unidades | Mácara Número 4 – 1 máscara para adultos |
| Desloratadina xpe 0,5 mg/mL – 1 frasco | - | Oxímetro de dedo (preferencialmente infantil) |

 |
| **DISTRIBUIÇÃO DAS FUNÇÕES:** |
| 1. **ENTREVISTA:**
 |
| Técnicoou EnfermeiroAdmissão | Pergunta sobre histórico de alergias |
| Se paciente com histórico prévio de reação alérgica moderada a grave (angiodema, anafilaxia ou uso de caneta de adrenalina), organizar aplicação para ser feita com aviso prévio e preparo de equipe médica em ambiente hospitalar |
| 1. **ADMINISTRAÇÃO:**
 |
| Farmácia ou Enfermeira | Caso o medicamento seja trazido pelo paciente, fazer o cadastro em livro próprio do lote e conferir especificações, autorizando o uso e registrando em formulário próprio para rastreabilidade |
| Enfermeiro | Conferir se kit anafilaxia está disponível (ou carrinho de parada) |
| Conferir pulseira de alergia no caso de paciente internado |
| Aplicar o TCLE sobre risco de reações conforme o medicamento administrado (será mantido em prontuário) |
| Administrar o medicamento, vacina ou imunobiológico |
| Manter o paciente em observação:- por 15 minutos no caso de administração de qualquer medicamento, vacina ou imunobiológico- por 30 minutos nos casos de relato prévio de alergia |
| Registrar em prontuário do paciente (ambulatorial) tudo que foi administrado e sinais vitais no momento da liberação |
| 1. **DIANTE DE REAÇÃO:**
 |
| Enfermeiro | Manter o paciente em observação |
| Motorizar e aferir sinais vitais de imediato: FC, FR, PA, Saturação e nível de consciência (escala AVDN) |
| Utilizar as orientações dos protocolos: Atendimento ao Paciente Gravemente Enfermo (PROT.DT.044), bem como um protocolo de Atendimento à PCR (PROT.DT.040) que podem ser acessados e seguidos.  |
| Enfermeiro | * Paciente internado: acionar o médico imediatamente
* Paciente em ambulatórios ou laboratório: enfermeira presta o primeiro atendimento conforme recomendado no protocolo
 |
| Classificação da gravidade da reação: leve, moderada ou grave |
| Manejo inicial conforme protocolo e orientações resumidas no final do protocolo |
| Solicitar transporte do paciente via SAMU (ou Constat conforme contrato da empresa, quando SAMU demorar ou se recusar) |
| Médico | Avaliação quando solicitado |
| Preenche relatório de transporte quando paciente internado |
| Prescrição das medidas e medicações para tratamento inicial, seguindo o protocolo de atendimento ao paciente gravemente enfermo ou com PCR |
| **PROTOCOLO** |
| 1. **O QUE É CONSIDERADA UMA REAÇÃO ALÉRGICA AGUDA APÓS ADMINSITRAÇÃO DE MEDICAMENTO, VACINA OU IMUNOBIOLÓGICO?**
 |
|  Qualquer manifestação aguda que aconteça na primeira hora após administração do medicamento ou imunobiológico, sendo as mais comuns:1. PELE: exantema (rush), presente em 90% dos casos. Sempre que acometer metade do corpo é mais grave.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LESÕES MAIS COMUNS** | **DESCRIÇÃO** | **IMAGEM** |
| URTICÁRIA | São lesões elevadas (palpáveis) que aparecem com placas (geralmente > 1 cm) em tom róseo e muito pruriginosas |  |
| MÁCULO-PÁPULAS | Máculas: São manchinhas de tom rosa ou avermelhadas de até 1 cmPápulas: são as mesmas lesões, mas se forem palpáveis (elevadas). Geralmente pruriginosas | Mão de pessoa  Descrição gerada automaticamente com confiança baixa |
| ANGIOEDEMA | Edema na região de mucosas (geralmente nas pálpebras e nos lábios e mais raro na língua). Indicam quadro de alergia moderada, não mais leve. | ngioedema - Doenças imunológicas - Manual MSD Versão Saúde para a  |

***Obs.: petéquias (lesões roxas que não desaparecem quando se aplica pressão) não são típicas de alergia***1. SNC: sonolência ou agitação (convulsões em 1-2%)
2. RESPIRATÓRIO (50% dos casos): falta de ar, sensação de coceira no pescoço
3. CIRCULÁTÓRIO (30% dos casos): desmaio, tontura, sinais de choque ou hipotensão (choque anafilático)
4. TGI (25% dos casos): diarreia ou dor abdominal persistente
 |
| 1. **COMO IDENTIFICAR PACIENTES COM ANAFILAXIA (QUADRO GRAVE?)**
 |
|  Os quadros de reações alérgicas podem ser leves, moderados ou graves. Os quadros graves são chamados de ANAFILAXIA (ou reação anafilática). Dentre os quadros de anafilaxia, está incluído o chamado choque anafilático (quando compromete o circulatório).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **GRAVIDADE** | **DESCRIÇÃO** | **AÇÃO** |
| LEVE | Apenas lesões de pele (maculares, máculo-papulares ou placas urticariformes: urticária), comprometendo < 50% do corpo | Uso de anti-histamínicos de segunda geração |
| MODERADO | Descartar antes que exista algum sinal sistêmico:1. Angioedema (com ou sem lesão de pele)
2. Lesões de pele > 50% do corpo
 | 1. Anti-histamínico de segunda geração (oral)
2. Associar corticóide (oral ou venoso)
 |
| alta de ar foi sintoma mais comum na véspera de uma parada cardíacaGRAVE (ANAFILAXIA)GRAVE (ANAFILAXIA)  | **Situação 1:** LESÕES DE PELE associados à **PELO MENOS UM** destes três abaixo:1. **Sintomas respiratórios:** falta de ar, prurido no pescoço, estridor, broncoespasmo ou hipoxemia (satura < 94%)

OU1. **Sintomas circulatórios:** desmaio, rebaixamento do nível de consciência (confusão mental ou sonolência) ou sinais de má-perfusão (mãos frias ou hipotensão)

OU1. **Sintomas gastrointestinais:** dor abdominal ou vômitos recorrentes
 | 1. Primeira escolha:

Adrenalina IM na coxa1. Acesso: correr Soro Fisiológico EV
2. Associar corticóide (oral ou venoso – evita rebote tardio)
3. Associar anti-histamínico
 |
| **Situação 2:** história prévia de alergia (alérgeno conhecido), **bastando ter UM DESTES ABAIXO** (sem necessidade de lesões de pele):1. **Sintomas respiratórios:** falta de ar, prurido no pescoço, estridor, broncoespasmo ou hipoxemia (satura < 94%)

OU1. **Sintomas circulatórios:** desmaio, rebaixamento do nível de consciência (confusão mental ou sonolência) ou sinais de má-perfusão (mãos frias ou hipotensão)
 |

 |
| 1. **QUAL A INCIDÊNCIA DE REAÇÃO ANAFILÁTICA NA POPULAÇÃO?**
 |
|  A incidência é muito baixa (1,5 – 8 reações para cada 1.000 pessoas ao ano), mas quando acontece, os quadros são graves, com alta morbidade, apesar da baixa mortalidade (0,001%). |
| 1. **QUAIS AS CAUSAS MAIS COMUNS?**
 |
| As causas mais comuns a nível hospitalar são:1. Medicamentos:
	1. AINES (anti-inflamatórios não hormais: cetoprofeno, dipirona, paracetamol, etc.)
	2. Antibióticos (beta-lactâmicos: amoxa + clavulanato, etc)
	3. Imunobiológicos (vacinas, imunoglobulinas, etc)
2. Contrastes venosos
3. Látex (luvas, etc)
4. Alimentos: leite, camarão, ovos, peixe, etc
 |
| 1. **QUAIS OS CRITÉRIOS PARA DEFINIR HIPOTENSÃO?**
 |
|

|  |  |
| --- | --- |
| FAIXA ETÁRIA | DEFINIÇÃO DE HIPOTENSÃO |
| 1. ADULTOS (adolescentes > 10 anos e adultos)
 | **PAS < 90 mmHg** OUqueda de mais que 30% na PAS *(ex.: era 140 mmHg antes da exposição, caindo para < 98 mmHg após exposição, visto que 30% de 140 mmHg é 42 mmHg)* |
| 1. PEDIATRIA (1 a 10 anos)
 | **PAS < 70 + (2 x idade em anos)***ex.: criança de 4 anos, será hipotensão se menor que 78 mmHg, que corresponde à 70 + (2 x 4) = 78* |
| 1. LACTENTES (30 dias até 1 ano)
 | **PAS < 70 mmHg** |
| 1. NEONATOS (< 30 dias) a termo
 | **PAS < 60 mmHg** |

 |
| **MANEJO DE PACIENTES A NÍVEL DE ATENDIMENTO HOSPITALAR** **(COM ASSISTÊNCIA MÉDICA E DE ENFERMAGEM):** |
| LEMBRAR DO KIT ANAFILAXIA DISPONÍVEL NO LABORATÓRIO CENTRAL |
| 1. **MANEJO DOS QUADROS LEVES:**
 |
|  Pacientes apenas com quadros leves (exantema em menos de 50% do corpo ou apenas prurido), sem angioedema e sem sinais sistêmicos, bastaria prescrever anti-histamínico de segunda geração preferencialmente (no HMSH somente disponibilizamos a desloratadina). A dose pode ser dobrada ou em casos mais intensos ou de baixa resposta até quadruplicada.

|  |
| --- |
| **PRIMEIRA ESCOLHA – ANTIHISTAMINICO DE SEGUNDA GERAÇÃO** |
| **Medicamento** | **Nome comercial** | **Dose habitual** | **Dose dobrada** | **Dose quadruplicada** |
| DesloratadinaORAL | Desalex comprimido(> 12 anos) | 5 mg (1 cp) 1 x ao dia | 10 mg (2 cp) 1 x ao dia | 20 mg (4 cp): dar 2 cp de 12/12 h |
| Desalex comprimido(6-12 anos) | Meio cp (2,5 mg) 1 x ao dia | 1 cp (5 mg)1 x ao dia | 1 cp (5 mg) de 12/12 h |
| Desalex xarope 0,5 mg/mL(6 meses a 6 anos) | 2,5 mL (1,5 mg)1 x ao dia | 5 mL (3 mg)1 x ao dia | 5 mL (3 mg)12/12 horas |

*Evitar anti-histamínicos de primeira geração, pois apresentam mais efeitos colaterais como sonolência e queda (no HMSH temos de primeira geração: Polaramine (dexclorfeniramina) oral, Fenergan (prometazina) IM e o Difenidrin (difenidramina) para uso EV.*

|  |
| --- |
| **SEGUNDA ESCOLHA – ANTIHISTAMINICO DE SEGUNDA GERAÇÃO** |
| **Medicamento** | **Nome comercial** | **Dose habitual** | **Dose dobrada** | **Dose quadruplicada** |
| DexclorfeniraminaORAL | Polaramine comprimido 2 mg | 2 mg (1 cp) 2 a 3 x ao dia | 4 mg (2 cp)2 a 3 x ao dia | 6 mg (3 cp)2 vezes ao dia |
| Polaramine xarope 2 mg/5 mL(1 mês até 12 anos) | 0,2 mL/kg(máximo 10 mL) | 10 mL de 12/12 horas | Não usar |
| PrometazinaINTRAMUSCULAR | Fenergan ampola 50 mg/2 mL*abaixo de 2 anos não usar* | Adulto (> 10 anos):1 ampola (50 mg) IM até 3 x ao dia | Não usar | Não usar |
| Crianças (de 2 – 10 anos): 0,01 mL/kg até 3 x ao dia |
| DifenidraminaENDOVENOSA | Difenidrin 50 mg/mL ampola | Adulto (> 10 anos):1 ampola (50 mg) + SF 0,9% 50 a 100 mL EV lento em 20 minutos até 3 x ao dia | Não usar | Não usar |
| Crianças (de 1 mês de vida – 10 anos): 0,02 mL/kg (diluir em 10-20 mL SF 0,9% infundir com bomba de seringa em 20 minutos) |

 |
| 1. **MANEJO DOS QUADROS MODERADOS:**
 |
| São considerados quadros moderados, aqueles que não tem sintomas sistêmicos e cursam com:* ANGIOEDEMA (com ou sem lesões de pele)
* Lesões de pele:
	1. Com evolução muito rápida e progressiva
	2. Mais de 50% do corpo tomado
	3. Prurido intenso
	4. Refratárias a tratamento habitual com anti-histamínico em dose habitual

Nestes casos, o tratamento consiste em:1. Anti-histamínico: dose dobrada ou até quadruplicada (vide quadro acima)
2. Associação de corticosteróide sistêmico: sempre que possível fazer ORAL pois o tempo de ação e o potencial de ação é o mesmo do que quando administrado via venosa (o início de ação será em 4-6 horas apenas, independente da via):
 |
|

|  |
| --- |
| **PRESCRIÇÃO DE CORTICOSTERÓIDE** |
| **Medicamento** | **Nome comercial** | **FAIXA ETÁRIA** | **VIA** | **DOSE** |
| Prednisona | Meticorten cp20 mg(> 12 anos) | > 12 anos | ORAL | 40 – 60 mg (2-3 cp)1 x ao dia |
| Prednisolona | Predsin 3 mg/mL | < 12 anos | ORAL | 1 – 2 mg/kg/dose (máximo 40 mg)1 x ao dia |
| Hidrocortisona | Solucortef frascos de 100 ou 500 mg |  > 12 anos | EV | 200 mg de 6/6 horas |
| < 12 anos | EV | 4 mg/kg/dose(máximo 200 mg)de 6/6 horas |

 |
| 1. **MANEJO DOS QUADROS GRAVES:**
 |
|  Considera-se um quadro grave, todo que preencher os critérios descritos anteriormente:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **SITUAÇÃO** | **HISTÓRIA PRÉVIA** | **Lesões de Pele** | **PELO MENOS UM DESTES comprometido:** | **Exemplos** |
| 1 | Alérgeno desconhecido | Obrigatório | Obstrução aérea alta | Prurido na garganta ou estridor |
| Obstrução baixa | Falta de ar, broncoespasmo (sibilos), saturação < 94%, dispneia |
| Circulatório | Rebaixamento do nível de consciência (ou agitação), desmaio, sinais de choque: mãos geladas ou hipotensão |
| TGI | Dor de barriga ou vômitos persistentes |
| 2 | Alérgeno conhecido | Não obrigatório | Obstrução alta ou baixa | Falta de ar, broncoespasmo, estridor ou saturação < 94% |
| Circulatório | Sinais de choque: rebaixamento da consciência ou hipotensão |

 Nestes casos o manejo consiste de CUIDADOS GERAIS e CUIDADOS EMERGENCIAIS ESPECÍFICOS: |
| 1. **QUAIS OS CUIDADOS GERAIS PARA TODO PACIENTE GRAVE COM SINAIS DE INSTABILIDADE (alteração do nível de consciência, respiratório ou cardiovascular):**
 |
| Imagem em preto e branco  Descrição gerada automaticamente com confiança média A equipe de enfermagem com ou sem o médico, devem seguir as orientações padrão do protocolo de atendimento à paciente grave (PROT.DT.044).1. Eletrodo-descartavel-Meditrace-1145Descartar PCR (se paciente desmaiada, sem respirar e sem pulso, seguir protocolo de PCR)
2. ADMINISTRAÇÃO DE ADRENALINA IM
3. Monitorar com oxímetro
4. Se saturação < 94% colocar cateter de oxigênio 2 litros/minuto e se não melhorar colocar máscara de venturi 50%

Puncionar pelo menos um acesso periférico calibroso (jelco 16: cinza ou 14: laranja) para adultos 1. Como melhorar a circulação nos pés e pernas | Pés Sem DorManter os membros inferiores elevados
2. Sempre que hipotensão administrar soro fisiológico como orientado
3. Ascultar o tórax: se sibilos fazer o aerossol com salbutamol
4. Coletar Gasometria se possível
5. Administrar corticosteróide (hidrocortisona) + anti-histamínicos (desloratadina ou outro conforme orientado) como coadjuvante
6. Transferir para local com médico (urgência)
7. Manta térmica evitando a hipotermia
 |
| 1. **MEDIDAS IMEDIATAS A SEREM TOMADAS PELO ENFERMEIRO OU MÉDICO QUE ASSISTIR O PACIENTE GRAVE:**
 |
| OS MEDICAMENTOS ESTÃO DISPONÍVEIS NO KIT ANAFILAXIA (DISPONÍVEL NA CENTRAL) OU NA SALA DE VACINAS DE CADA LABORATÓRIO |
| **1 - ADMINISTRAÇÃO DE ADRENALINA** |
|  A administração de adrenalina deve ser prioridade sobre todos os procedimentos e medicamentos:

|  |
| --- |
| **CUIDADOS EMERGENCIAIS** |
| **Medicamento** | **Nome comercial** | **FAIXA DE PESO** | **VIA** | **DOSE** |
| ADRENALINA | ADRENAmpolas 1 mg/mL | Adultos(> 18 anos) | IM na COXA | 0,5 mL puro |
| Adolescentes(10-17 anos) | IM na COXA | 0,3 mL puro |
| 1 – 10 anos | IM na COXA | 0,2 mL |
| 6 meses a 1 ano | IM na COXA  | 0,1 mL |
| < 6 meses | IM na COXAou VENOSO (mais efeitos colaterais) | SE NO HOSPITAL:Diluir 1 mL + 9 mL SF 0,9% e administrar 0,1 mL/kg desta solução |

*A adrenalina pode ser repetida a cada 5 minutos. Se precisar repetir mais de duas vezes, iniciar administração venosa contínua.* |
| **2 - OXIGENOTERAPIA** |
| * Monitorar com oxímetro
* Se saturação < 94% colocar cateter de oxigênio 2 litros/minuto e se não melhorar colocar máscara de venturi 50%
* Sinais que o paciente precisa ser intubado: rebaixamento do nível de consciência, apneia, saturação < 88% mesmo com venturi 50%
 |
| **3 - REPOSIÇÃO DA VOLEMIA** |
| Antes do soro, colocar o paciente com pernas elevadas. Partindo do princípio que todo quadro grave cursa com hipovolemia relativa devido à vasodilatação, a administração de cristalóide (SF 0,9% ou Ringer Lactato) deve ser iniciada conforme as quantidades recomendadas:

|  |
| --- |
| **SORO FISIOLÓGICO OU RINGER LACTATO** |
| **Medicamento** | **FAIXA DE PESO** | **TEMPO DE INFUSÃO** | **DOSE** |
| SF 0,9%OURINGER LACTATO | Adultos(> 10 anos) | 20 minutos | 500 mL (1 frasco) EV por vez |
| 1 mês de vidaaté 10 anos | 20 minutos | 20 mL/kg por vez EV |
| < 1 mês de vida | 30 minutos a 1 hora | 10 mL/kg por vez EV com uso de bomba de infusão |

*A meta é melhora da pressão, da perfusão, redução da FC e diurese. Parar a infusão no caso de iniciar crepitações pulmonares ou rebaixamento de fígado.*  |
| **MANEJO DO BRONCOESPASMO** |
| Além das medidas habituais, utilizar beta2-agonista: disponibilizamos o salbutamol na forma de spray ou gotas para nebulização. Para casos graves emergências, a terbutalina venosa é uma opção na dose de 10 mcg/kg/dose (lembrando que a própria adrenalina IM já iniciará efeito broncodilatador).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Medicamento** | **Faixa etária** | **Dose** | **Dose máxima** |
| Salbutamol spray(Aerolin) | Adulto(> 10 anos) | 10 jatos por vez(repetir a cada 20 minutos se necessário).  | 20 jatos por vez |
| 1-10 anos | 5 jatos por vez(repetir a cada 20 minutos se necessário).  | 10 jatos por vez |
| < 1 ano | 3 jatos por vez(repetir a cada 20 minutos se necessário).  | 5 jatos por vez |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Medicamento** | **Faixa etária** | **Dose** | **Dose máxima** |
| Salbutamol gotas | Adulto(> 10 anos) | 10 gotas + 4 mL SF 0,9% para aerosol(repetir a cada 20 minutos se necessário).  | 20 gotas por vez |
| 1-10 anos | 5 gotas + 4 mL SF 0,9% para aerosol(repetir a cada 20 minutos se necessário).  | 10 gotas por vez |
| < 1 ano | 3 gotas + 4 mL SF 0,9% para aerosol(repetir a cada 20 minutos se necessário).  | 5 gotas por vez |

 |
| **MANEJO DO LARINGOESPASMO** |
|  Se o paciente estiver som sinais de insuficiência respiratória (rebaixamento de consciência, apneia, bradipneia, cianose ou saturando < 88% com venturi 50%) o melhor tratamento é intubação. Caso seja apenas o estridor com paciente ainda sem insuficiência respiratória pode-se fazer aerossol com adrenalina:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Medicamento** | **Faixa etária** | **Dose** | **Dose máxima** |
| Adrenalina 1 mg/mL | Adulto(> 10 anos) | 5 ml (5 ampolas) puro por aerosol  | Repetir a cada 20 minutos se necessário até melhora |
| 1-10 anos | 5 mL (5 ampolas) puro na forma de aerosol |
| < 1 ano | 2-3 mL (2-3 ampolas) puro na forma de aerosol  |

 |
| 1. **QUANDO E COMO SOLICITAR TRANSFERÊNCIA?**
 |
| PACIENTE INTERNADO | Assim que enfermeira prestar atendimento inicial, comunicar ao médico plantonista para auxílio e organizar transferência para outro hospital:1. Sempre que paciente necessitar manutenção de adrenalina venosa contínua
2. Sempre que a extubação não for bem sucedida
 |
| **MANEJO DE PACIENTES ATENDIDOS EM UNIDADES SATÉLITES(LABORATÓRIOS)** |
| **O KIT ANAFILAXIA COM OS MEDICAMENTOS PARA CUIDADOS INICIAIS** **DEVE ESTAR DISPÓNIVEL** **NA SALA DE VACINAS DE CADA LABORATÓRIO** |
| *No caso de transferência para serviço de urgência de pacientes com quadros moderados ou graves, um enfermeiro ou técnico deve ir acompanhando até o setor de urgência para ajudar e orientar* |
| PACIENTE AMBULATORIAL |

|  |  |
| --- | --- |
| CASOS LEVES | Administrar desloratadina oral e fazer carta de encaminhamento para médico no setor de urgência (desde que seja atendido nas próximas 2 horas) |
| CASOS MODERADOS | 1. -Administrar desloratadina oral e fazer carta de encaminhamento para médico no setor de urgência (precisa atendimento em até 1 hora após liberação)
2. Aferir sinais vitais e registrar antes da alta
3. Acompanhar até setor de urgência onde será atendido caso não seja transportado em ambulância
 |
| CASOS GRAVES (ANAFILAXIA) | 1. Administrar adrenalina IM imediatamente
2. Manter pernas elevadas
3. Colocar oxímetro e registrar
4. Auscultar: se sibilos ou falta de ar, fazer também o aerossol com salbutamol
5. Aferir sinais vitais e registrar
6. Administar desloratadina
7. Solicitar transporte para uma unidade de urgência (SAMU 192 ou no caso de negativa do mesmo, solicitar empresa CONSTAT, que é contratualizada no caso exista recusa do Samu)
8. Solicitar auxílio de um médico se presente no setor
 |

 |

**REFERÊNCIAS:**

1. *Cardona V et al. World allergy organization anaphylaxis guidance 2020. World Allergy Organ J. 2020 Oct 30;13(10):100472.*
2. *Li X et al. A Clinical Practice Guideline for the Emergency Management of Anaphylaxis (2020). Front Pharmacol. 2022 Mar 28;13:845689.*
3. *Muraro A et al. European Academy of Allergy and Clinical Immunology, Food Allergy, Anaphylaxis Guidelines Group. EAACI guidelines: Anaphylaxis (2021 update). Allergy. 2022 Feb;77(2):357-377.*
4. *Anafilaxia. Atualização 2021 SBP.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elaborado por:** | **Revisado por:** | **Aprovado por:** | **Validado por:** |
| MARCOS PAVIONE Diretor Técnico | Não se aplica | DR. ALEY NILTON Coord. AnestesioENF. VIVIANEEnfermeira RT laboratório | VIVIANE OLIVEIRA DE SOUSA CORREIAEnfermeira Qualidade e SCIH |
| **Data: 01/08/2023** | **Data:**  | **Data: 01/08/2023** | **Data: 18/08/2023** |
| **Assinaturas e carimbo:**  |

**Histórico das últimas duas revisões**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N°** | **Descrição das alterações:** | **Data:** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |