|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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:** | | |
| Técnico  ou Enfermeiro  Admissão | | 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 cm  Pápulas: 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%)   OU   1. **Sintomas circulatórios:** desmaio, rebaixamento do nível de consciência (confusão mental ou sonolência) ou sinais de má-perfusão (mãos frias ou hipotensão)   OU   1. **Sintomas gastrointestinais:** dor abdominal ou vômitos recorrentes | 1. Primeira escolha:   Adrenalina IM na coxa   1. 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%)   OU   1. **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** OU  queda 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** | | Desloratadina  ORAL | 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** | | Dexclorfeniramina  ORAL | 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 | | Prometazina  INTRAMUSCULAR | 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 | | Difenidramina  ENDOVENOSA | 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 cp  20 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 | ADREN  Ampolas  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 COXA  ou 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%  OU  RINGER LACTATO | Adultos  (> 10 anos) | 20 minutos | 500 mL (1 frasco) EV por vez | | 1 mês de vida  até 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. Anestesio  ENF. VIVIANE  Enfermeira RT laboratório | VIVIANE OLIVEIRA DE SOUSA CORREIA  Enfermeira 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. |  |  |