 SANTA HELENA <small>HOSPITAL E MATERNIDADE</small>	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.067	1 / 11
	REAÇÕES ALÉRGICAS E ANAFILAXIA – GUIA PARA ATENDIMENTO	Especialidade	Revisão
		Todas e unidades ambulatoriais	

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	Máscara 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	Máscara 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
--------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2) 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

3) 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)
------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

 <p>SANTA HELENA HOSPITAL E MATERNIDADE</p>	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.067	2 / 11
	REAÇÕES ALÉRGICAS E ANAFILAXIA – GUIA PARA ATENDIMENTO	Especialidade	Revisão
		Todas e unidades ambulatoriais	



	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	<ul style="list-style-type: none"> • 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

I. O QUE É CONSIDERADA UMA REAÇÃO ALÉRGICA AGUDA APÓS ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO, VACINA OU IMUNOBIOLOGICO?

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	

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.067	3 / 11
REAÇÕES ALÉRGICAS E ANAFILAXIA – GUIA PARA ATENDIMENTO	Especialidade	Revisão	
	Todas e unidades ambulatoriais		

ANGIOEDEMA	Edema na região de mucosas (geralmente nas pálpebras e nos lábios e mais raro na língua). Indica quadro de alergia moderada, não mais leve.	  
------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

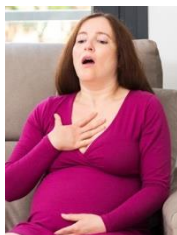
Obs.: petéquias (lesões roxas que não desaparecem quando se aplica pressão) não são típicas de alergia


- 2) SNC: sonolência ou agitação (convulsões em 1-2%)
- 3) RESPIRATÓRIO (50% dos casos): falta de ar, sensação de coceira no pescoço
- 4) CIRCULATÓRIO (30% dos casos): desmaio, tontura, sinais de choque ou hipotensão (choque anafilático)
- 5) TGI (25% dos casos): diarreia ou dor abdominal persistente


II. 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: a) Angioedema (com ou sem lesão de pele) b) Lesões de pele > 50% do corpo	1) Anti-histamínico de segunda geração (oral) 2) Associar corticóide (oral ou venoso)
GRAVE (ANAFILAXIA)	Situação 1: LESÕES DE PELE associados à PELO MENOS UM destes três abaixo: a) Sintomas respiratórios: falta de ar, prurido no pescoço, estridor, broncoespasmo ou hipoxemia (satura < 94%) OU b) Sintomas circulatórios: desmaio, rebaixamento do nível de	1) Primeira escolha: Adrenalina IM na coxa 2) Acesso: correr Soro Fisiológico EV 3) Associar corticóide (oral ou venoso – evita rebote tardio) 4) Associar anti-histamínico



 <p>SANTA HELENA HOSPITAL E MATERNIDADE</p>	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.067	4 / 11
	REAÇÕES ALÉRGICAS E ANAFILAXIA – GUIA PARA ATENDIMENTO	Especialidade	Revisão
		Todas e unidades ambulatoriais	

<p>GRAVE (ANAFILAXIA)</p> 	<p>consciência (confusão mental ou sonolência) ou sinais de má-perfusão (mãos frias ou hipotensão) OU</p> <p>c) Sintomas gastrointestinais: dor abdominal ou vômitos recorrentes</p> <hr/> <p>Situação 2: história prévia de alergia (alérgeno conhecido), bastando ter UM DESTES ABAIXO (sem necessidade de lesões de pele):</p> <p>d) Sintomas respiratórios: falta de ar, prurido no pescoço, estridor, broncoespasmo ou hipoxemia (satura < 94%) OU</p> <p>e) Sintomas circulatórios: desmaio, rebaixamento do nível de consciência (confusão mental ou sonolência) ou sinais de má-perfusão (mãos frias ou hipotensão)</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

III. 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%).


IV. QUAIS AS CAUSAS MAIS COMUNS?

As causas mais comuns a nível hospitalar são:

- 1) Medicamentos:
 - a. AINES (anti-inflamatórios não hormais: cetoprofeno, dipirona, paracetamol, etc.)
 - b. Antibióticos (beta-lactâmicos: amoxa + clavulanato, etc)
 - c. Imunobiológicos (vacinas, imunoglobulinas, etc)
- 2) Contrastes venosos
- 3) Látex (luvas, etc)
- 4) Alimentos: leite, camarão, ovos, peixe, etc

V. 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 <i>(ex.: era 140 mmHg antes da exposição, caindo para < 98 mmHg após exposição, visto que 30% de 140 mmHg é 42 mmHg)</i>
2. PEDIATRIA (1 a 10 anos)	PAS < 70 + (2 x idade em anos) <i>ex.: criança de 4 anos, será hipotensão se menor que 78 mmHg, que corresponde à 70 + (2 x 4) = 78</i>
3. LACTENTES (30 dias até 1 ano)	PAS < 70 mmHg
4. NEONATOS (< 30 dias) a termo	PAS < 60 mmHg

 SANTA HELENA <small>HOSPITAL E MATERNIDADE</small>	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.067	5 / 11
	REAÇÕES ALÉRGICAS E ANAFILAXIA – GUIA PARA ATENDIMENTO	Especialidade	Revisão
		Todas e unidades ambulatoriais	

**MANEJO DE PACIENTES A NÍVEL DE ATENDIMENTO HOSPITALAR
(COM ASSISTÊNCIA MÉDICA E DE ENFERMAGEM):**

LEMBRAR DO KIT ANAFILAXIA DISPONÍVEL NO LABORATÓRIO CENTRAL

VI. 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 – ANTIHISTAMÍNICO 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, Fenegan (prometazina) IM e o Difenidrin (difenidramina) para uso EV.

SEGUNDA ESCOLHA – ANTIHISTAMÍNICO 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	Fenegan ampola 50 mg/2 mL <i>abaixo de 2 anos não usar</i>	Adulto (> 10 anos): 1 ampola (50 mg) IM até 3 x ao dia Crianças (de 2 – 10 anos): 0,01 mL/kg até 3 x ao dia	Não usar	Não usar
Difenidramina		Adulto (> 10 anos):	Não usar	Não usar

 SANTA HELENA <small>HOSPITAL E MATERNIDADE</small>	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.067	6 / 11
	REAÇÕES ALÉRGICAS E ANAFILAXIA – GUIA PARA ATENDIMENTO	Especialidade	Revisão
		Todas e unidades ambulatoriais	

ENDOVENOSA	Difenidrin 50 mg/mL ampola	1 ampola (50 mg) + SF 0,9% 50 a 100 mL EV lento em 20 minutos até 3 x ao dia		
		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)		

VII. 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:
 - a. Com evolução muito rápida e progressiva
 - b. Mais de 50% do corpo tomado
 - c. Prurido intenso
 - d. 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

VIII. MANEJO DOS QUADROS GRAVES:

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.067	7 / 11
	REAÇÕES ALÉRGICAS E ANAFILAXIA – GUIA PARA ATENDIMENTO	Especialidade	Revisão
		Todas e unidades ambulatoriais	

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:

IX. QUAIS OS CUIDADOS GERAIS PARA TODO PACIENTE GRAVE COM SINAIS DE INSTABILIDADE (alteração do nível de consciência, respiratório ou cardiovascular):

A equipe de enfermagem com ou sem o médico, devem seguir as orientações padrão do protocolo de atendimento à paciente grave (PROT.DT.044).


- I. Descartar PCR (se paciente desmaiada, sem respirar e sem pulso, seguir protocolo de PCR)
- II. ADMINISTRAÇÃO DE ADRENALINA IM
- III. Monitorar com oxímetro
- IV. 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
- V. Manter os membros inferiores elevados
- VI. Sempre que hipotensão administrar soro fisiológico como orientado
- VII. Auscultar o tórax: se sibilos fazer o aerossol com salbutamol
- VIII. Coletar Gasometria se possível
- IX. Administrar corticosteróide (hidrocortisona) + anti-histamínicos (desloratadina ou outro conforme orientado) como coadjuvante
- X. Transferir para local com médico (urgência)
- XI. Manta térmica evitando a hipotermia



X. 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

 SANTA HELENA <small>HOSPITAL E MATERNIDADE</small>	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.067	8 / 11
	REAÇÕES ALÉRGICAS E ANAFILAXIA – GUIA PARA ATENDIMENTO	Especialidade	Revisão
		Todas e unidades ambulatoriais	

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

 SANTA HELENA <small>HOSPITAL E MATERNIDADE</small>	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.067	9 / 11
	REAÇÕES ALÉRGICAS E ANAFILAXIA – GUIA PARA ATENDIMENTO	Especialidade	Revisão
		Todas e unidades ambulatoriais	

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 com 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 aerosol 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	

XI. 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: <ol style="list-style-type: none"> a) Sempre que paciente necessitar manutenção de adrenalina venosa contínua b) Sempre que a extubação não for bem sucedida
--------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

 SANTA HELENA <small>HOSPITAL E MATERNIDADE</small>	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.067	10 / 11
	REAÇÕES ALÉRGICAS E ANAFILAXIA – GUIA PARA ATENDIMENTO	Especialidade	Revisão
		Todas e unidades ambulatoriais	

**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	<ul style="list-style-type: none"> I. -Administrar desloratadina oral e fazer carta de encaminhamento para médico no setor de urgência (precisa atendimento em até 1 hora após liberação) II. Aferir sinais vitais e registrar antes da alta III. Acompanhar até setor de urgência onde será atendido caso não seja transportado em ambulância
	CASOS GRAVES (ANAFILAXIA)	<ul style="list-style-type: none"> I. Administrar adrenalina IM imediatamente II. Manter pernas elevadas III. Colocar oxímetro e registrar IV. Auscultar: se sibilos ou falta de ar, fazer também o aerossol com salbutamol V. Aferir sinais vitais e registrar VI. Administrar desloratadina VII. 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) VIII. 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.

 <p>SANTA HELENA HOSPITAL E MATERNIDADE</p>	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.067	11 / 11
	REAÇÕES ALÉRGICAS E ANAFILAXIA – GUIA PARA ATENDIMENTO	Especialidade	Revisão
		Todas e unidades ambulatoriais	

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:	Validado por:
MARCOS PAVIONE Diretor Técnico	Não se aplica	DR. ALEY NILTON Coord. Anestésio 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

Nº	Descrição das alterações:	Data:
1.		
2.		