Relato de caso e Protocolo de Atuação

Anafilaxia numa Unidade de Saúde Familiar

por Pedro Couto[1], Fabiana Peixoto[1], Lígia Silva[1], Pedro Mendes[1], Rosa Barreira[1], Margarida Aguiar[2]

1. Médico Interno de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar, USF Valongo, ACeS Grande Porto III - Maia/Valongo
2. Assistente Graduada Sénior de Medicina Geral e Familiar, USF Valongo, ACeS Grande Porto III - Maia/Valongo

RESUMO

Introdução: A anafilaxia é uma reação de início súbito, potencialmente fatal, com necessidade de rápida identificação e correta atuação. A sua prevalência parece estar a aumentar e por isso os profissionais dos cuidados de saúde primários (CSP) têm uma probabilidade crescente de entrar em contacto com pacientes em risco de anafilaxia. Apesar de a maioria destes pacientes serem acompanhados nos CSP, existe pouco treino e falta de prática dos médicos de família na abordagem destas situações.

Descrição de Caso: Mulher de 29 anos, fumadora (9,75 UMA) e com uma história de alergia ao látex. Recorreu a consulta aberta na Unidade de Saúde Familiar (USF) para solicitar certificado de incapacidade temporária para o trabalho, na sequência de um episódio de urgência hospitalar por reação anafilática à inalação de hipoclorito de sódio ("lixívia"), tendo sido medicada com deflazacorte oral 30mg/dia durante três dias. Três dias depois regressa à consulta aberta, duas horas após ter reiniciado a atividade profissional, por surgimento de tosse seca, dispneia e um episódio de vómito. Durante a consulta, surgiu estridor, edema da face e lábios, taquicardia, sibilância e aumento do tempo expiratório. Foi assumido o diagnóstico de anafilaxia e iniciado o protocolo da Unidade. Após avaliação inicial, foi ativada a emergência médica, iniciado tratamento e monitorização. À chegada do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) a doente encontrava-se melhorada e seguiu para o hospital.

Comentário: O diagnóstico e abordagem da anafilaxia são desafiantes, uma vez que a atuação tem que ser rápida, não existe um teste diagnóstico e, no âmbito dos CSP, o treino dos médicos é escasso. Este caso representa uma utente que recorreu aos CSP com uma condição potencialmente fatal. Pretende-se alertar para a necessidade de preparação das Unidades e profissionais para lidar com estas e outras situações, promovendo a disponibilidade de meios e a formação dos profissionais, que, no caso descrito poderão ter contribuído para salvar a vida desta utente.

Palavras-chave: Anafilaxia, Atenção Primária à Saúde, Cuidados de Saúde Primários

INTRODUÇÃO

A anafilaxia é uma reação sistémica de início súbito, com compromisso de dois ou mais sistemas, por ingestão, injeção, inalação ou contacto direto com agente desencadeante, podendo ter manifestações mucocutâneas, respiratórias, cardiovasculares, digestivas ou neurológicas.[1] É uma condição com diagnóstico essencialmente clínico[2], sendo potencialmente fatal, dado o risco de paragem cardiorrespiratória, pelo que a rápida identificação e correta atuação são essenciais.[1]

A prevalência ao longo da vida está estimada em 0,5-2% da população geral[2], mas provavelmente será superior, uma vez que é muitas vezes subdiagnosticada pelos profissionais.[1] Ainda assim, de uma forma geral, a prevalência de anafilaxia parece estar a aumentar e por isso os profissionais dos cuidados de saúde primários (CSP) têm uma probabilidade crescente de entrar em contacto com pacientes em risco de anafilaxia.[3] Contudo, apesar de a maioria dos pacientes em risco de anafilaxia serem acompanhados regularmente nos cuidados primários[4], existe pouco treino e falta de prática dos médicos dos CSP na abordagem destas situações.[5]

DESCRIÇÃO DO CASO

Utente do sexo feminino, 29 anos, casada, com dois filhos, integrada numa família nuclear de classe média, no estádio III do Ciclo de Duvall, com um Apgar Familiar de 10 (altamente funcional). Não tinha doenças crónicas, não fazia medicação habitual e utilizava implante subcutâneo como método contracetivo. Como problemas conhecidos, apresentava tabagismo ativo (20 cigarros/dia; 9,75 UMA) e uma história de alergia ao látex (um episódio de manifestações cutâneas, sem estudo adicional). Em termos de história familiar, destacam-se antecedentes de Hipertensão Arterial (mãe e tio) e Diabetes Mellitus tipo 2 (tio).

No dia 03 de Março de 2015 recorreu a consulta aberta na USF para solicitar certificado de incapacidade temporária para o trabalho, na sequência de um episódio de urgência no Centro Hospitalar do Porto devido a reação anafilática à inalação de hipoclorito de sódio ("lixívia"), que tinha ocorrido dois dias antes. De acordo com o relatório de alta, "após inalação de hipoclorito de sódio no local de trabalho (…) teve vários episódios de vómitos alimentares e dispneia com sensação de aperto na garganta. Refere noção de edema da face e mãos, sem pieira. Refere episódios semelhantes no passado". Foi medicada com deflazacorte oral 30mg/dia durante três dias e aconselhada a regressar à urgência se recorrência dos sintomas.

Voltou à consulta aberta três dias depois, a 06 de Março

de 2015, cerca de duas horas após ter reiniciado a atividade profissional, por surgimento de tosse seca e dispneia em repouso, ao qual se seguiu um episódio de vómito. À entrada na consulta, encontrava-se polipneica e pouco colaborante na colheita da história. Durante o decorrer da entrevista, surgiu estridor, edema da face e lábios com agravamento progressivo, taquicardia, sibilância e aumento do tempo expiratório. Foi imediatamente assumido o diagnóstico de anafilaxia e iniciado o protocolo existente na Unidade (Figura 1). Após avaliação inicial, foi ativada a emergência médica. Iniciou-se tratamento com 0,5 mg de adrenalina intramuscular, colocou-se acesso venoso periférico e monitorizou-se a doente. À chegada do INEM, cerca de 8 minutos depois, a doente já se encontrava sem estridor, com regressão parcial do edema, mantendo dispneia e sibilância. Foi encaminhada para o Centro Hospitalar São João, praticamente assintomática, tendo tido alta com ebastina oral 10mg/dia, prednisolona oral 5mg/dia durante cinco dias e pedido interno de consulta de Imunoalergologia.

COMENTÁRIO

O diagnóstico e abordagem da anafilaxia são desafiantes, uma vez que a atuação tem que ser rápida, não existe um teste diagnóstico para utilizar na prática clínica e, no âmbito dos CSP, o treino dos médicos nesta área é escasso.[4]

O caso apresentado representa uma situação de emergência, numa doente que recorreu aos CSP com uma condição potencialmente fatal. O sucesso na sua abordagem deveu-se à existência de um protocolo implementado e facilmente acessível (Figura 1), assim como à existência de um carro de emergência devidamente equipado e regularmente auditado (Figura 2).

O Médico de Família (MF), como prestador de cuidados em continuidade, encontra-se numa posição privilegiada para reconhecer manifestações precoces de problemas potencialmente graves. Neste caso, o reconhecimento atempado dos critérios clínicos (Quadro I) e o tratamento imediato permitiram que o desfecho deste caso fosse favorável.

É, no entanto, importante realçar que a abordagem eficaz da anafilaxia inclui não só o tratamento eficaz, mas também medidas preventivas após o primeiro episódio, sendo o MF frequentemente o primeiro ponto de contacto e o responsável pela orientação inicial. Estas medidas passam, em primeiro lugar, por garantir o encaminhamento da doente a uma consulta de Imunoalergologia

Quadro I - Critérios clínicos de diagnóstico de anafilaxia

Deve considerar-se anafilaxia como muito provável quando exista uma reação sistémica grave, na presença de pelo menos um dos três critérios clínicos seguintes:

Início súbito (minutos a algumas horas) com envolvimento da pele e/ou mucosas (urticária, eritema ou prurido generalizado; edema dos lábios, da língua ou da úvula) e pelo menos um dos seguintes:

a. Compromisso respiratório - dispneia, sibilância / broncospasmo, estridor, diminuição do débito expiratório máximo instantâneo, hipoxemia

b. Hipotensão ou sintomas associados de disfunção de órgão terminal - hipotonia [colapso], síncope, incontinência

Ocorrência de dois ou mais dos seguintes, de forma súbita, após exposição a um alergénio provável para aquele doente (minutos a algumas horas):

a. Envolvimento da pele e/ou mucosas - urticária, eritema ou prurido generalizado; edema dos lábios, da língua ou da úvula

b. Compromisso respiratório - dispneia, sibilância / broncospasmo, estridor, diminuição do débito expiratório máximo instantâneo, hipoxemia

c. Hipotensão ou sintomas associados - ex. hipotonia [colapso], síncope, incontinência

d. Sintomas gastrintestinais súbitos – cólica abdominal, vómitos

Hipotensão após exposição a um alergénio conhecido para aquele doente (minutos a algumas horas):

a. Lactentes e crianças: PA sistólica reduzida (específica para a idade) ou diminuição da PA sistólica superior a 30%

PA sistólica diminuída para crianças é definida como:

- < 1 ano idade - inferior a 70mmHg
- 1-10 anos – inferior a [70mmHg + (2x idade)]
- 11 – 17 anos - inferior a 90mmHg

b. Adultos: PA sistólica inferior a 90mmHg ou diminuição do valor basal do doente superior a 30%

Bibliografia: Guidelines European Ressuscitation Council (2010), Guidelines World Allergy Organization (2011) e Norma DGS 014/2012 (Anafilaxia: Abordagem clínica) – atualizada em Dezembro 2014; Thim T, Krarup NHV, Grove EL, Rohde CV, Løfgren B. Initial assessment and treatment with the Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE) approach. International Journal of General Medicine. 2012;5:117-121. doi:10.2147/IJGM.S28478.

Legenda: PA – pressão arterial

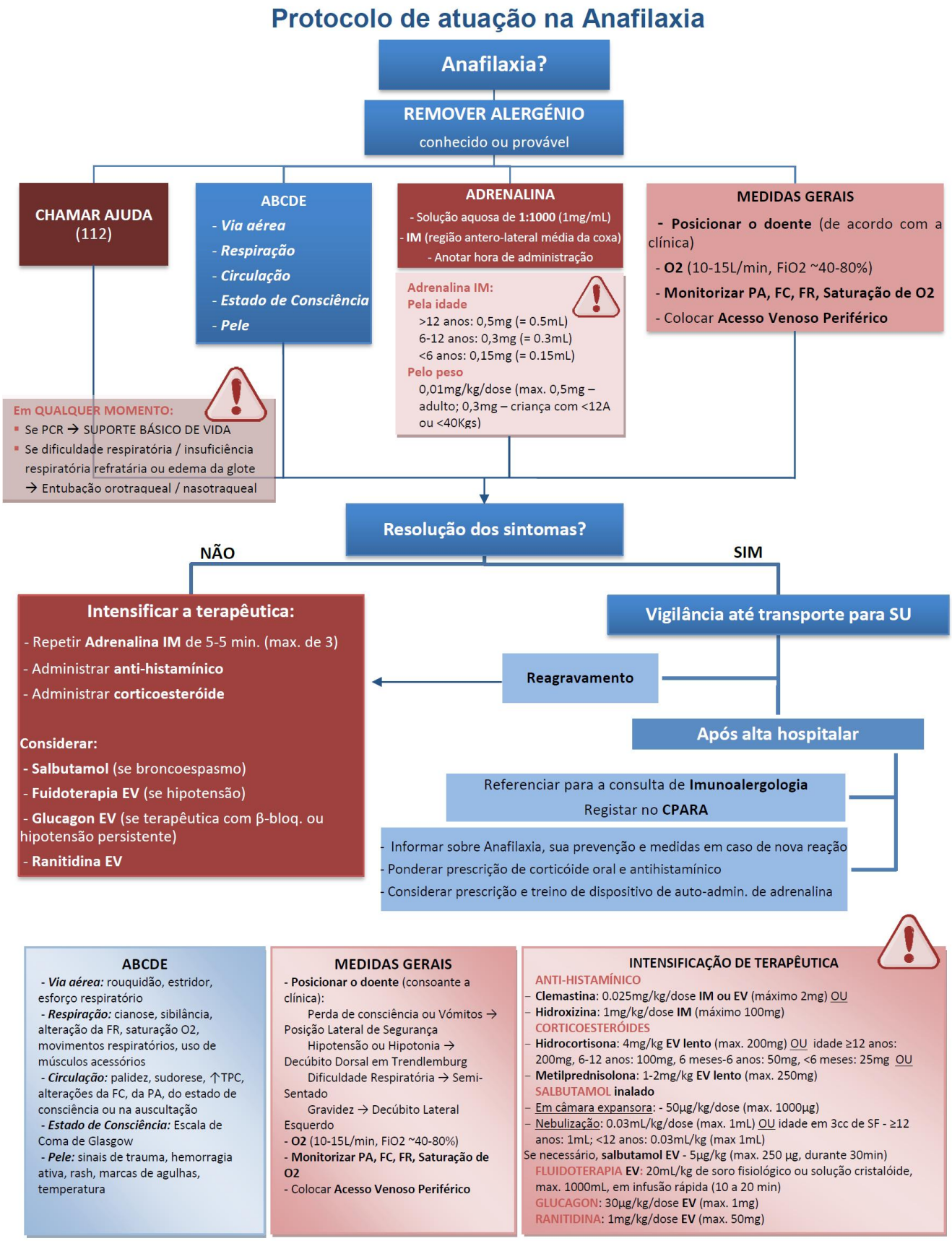

Figura 1. Protocolo de Atuação na Anafilaxia implementado na USF

Bibliografia: Guidelines European Ressuscitation Council (2010), Guidelines World Allergy Organization (2011) e Norma DGS 014/2012 (Anafilaxia: Abordagem clínica) – atualizada em Dezembro 2014; Thim T, Krarup NHV, Grove EL, Rohde CV, Løfgren B. Initial assessment and treatment with the Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE) approach. International Journal of General Medicine. 2012;5:117-121. doi:10.2147/IJGM.S28478.

Legenda: FC – frequência cardíaca, FR – frequência respiratória, IM – intramuscular, EV – endovenoso, PA – pressão arterial, PCR – paragem cardiorrespiratória, TPC – tempo de preenchimento capilar

para confirmação do diagnóstico,[1] pelo registo no Catálogo Português de Alergias e outras Reações Adversas (CPARA),[1] mas também por educação e capacitação do doente em relação ao seu problema,[3] assim como pela garantia de acesso imediato e constante a adrenalina injetável, através da prescrição de um dispositivo para autoadministração de adrenalina.[1] Apesar de serem casos relativamente pouco frequentes neste nível de cuidados, é essencial que as Unidades estejam preparadas para estas situações, dada a gravidade e necessidade de intervenção imediata. Esta preparação passa pela formação dos profissionais e pela existência de protocolos e meios rapidamente acessíveis, que neste caso estavam disponíveis e centralizados num carro de emergência.

Existem recomendações para que todas as Unidades do Sistema de Saúde que lidam com doentes agudos, ou com doenças crónicas que possam agudizar, tenham um carro de emergência ou, pelo menos, um equipamento transportável cujo conteúdo e arrumação de material deve seguir as mesmas regras, incluindo desfibrilhador automático externo. A sua existência, bem como de todo o seu material e a sua organização, pré-definida e uniformizada, são essenciais para o sucesso da abordagem de um doente grave.[6]

Com este caso, pretende-se alertar para a necessidade de preparação das Unidades e profissionais para lidar com estas e outras situações, promovendo a disponibilidade de meios e a formação dos profissionais, que, no caso descrito poderão ter contribuído para salvar a vida desta utente.

Figura 2. **Carro de Emergência**

BIBLIOGRAFIA

1. Direcção-Geral de Saúde. Norma 014/2012 - Anafilaxia: Abordagem clínica. Lisboa: DGS; 2014.
2. Lieberman PL. Recognition and first-line treatment of anaphylaxis. Am J Med. 2014 Jan;127(1 Suppl):S6-11.
3. Bennett JR. et al. Anaphylaxis challenges on the front line: perspectives from community medicine. Am J Med. 2014 Jan;127(1 Suppl):S25-33.
4. Waserman S et al. Management of anaphylaxis in primary care: Canadian expert consensus recommendations. Allergy. 2010 Sep;65(9):1082-92.
5. Burton C. et al. UK Resuscitation Council guidelines on emergency treatment of anaphylactic reactions: a primary care perspective. Prim Care Respir J. 2008 Jun;17(2):60-1.
6. Direcção-Geral de Saúde. Orientação 008/2011 - Organização do material de emergência nos serviços e unidades de Saúde. Lisboa: DGS; 2011.

CONFLITOS DE INTERESSES

Os autores negam quaisquer conflitos de interesses.