



HOSPITAL DA SÃO SEBASTIÃO PROTOCOLO DE ALERGIA A MEDICAMENTOS

SETOR: FARMÁCIA	Edição: 2ª
TÍTULO: ALERGIA A MEDICAMENTOS	Área de Aplicação: Todos os setores do complexo hospitalar.
ELABORADO: AMANDA FERREIRA; JÉSSICA RANGEL; MAYARA PIMENTEL REVISADO: BRUNA PEREIRA	
APROVADO:	Data da Elaboração: 01/2020 Data da Revisão: 02/2022
	Validade: 1 ano

1. INTRODUÇÃO

O protocolo de alergia a medicamentos do Hospital São Sebastião (HSS) objetiva padronizar o processo de atendimento a pacientes que, por ventura, venham a apresentar quadro de reação alérgica a algum medicamento administrado durante o período de internamento, impedindo o aumento da gravidade da reação, corroborando assim para a prestação de uma assistência completa.

2. JUSTIFICATIVA

As reações de hipersensibilidade a fármacos (DHRs, do inglês Drug Hypersensitivity Reactions) engloba todas as reações adversas que são semelhantes a alergia, e ocorrem em doses usuais utilizadas em pessoas para a profilaxia, diagnóstico ou uso terapêutico. São tipicamente imprevisíveis, implicam alteração da terapêutica e podem ser fatais. Estima-se que 15% de todas as reações adversas a fármacos são devidas as DRHs e afetam mais de 7% da população em geral. Os medicamentos mais comumente associados aos episódios de anafilaxia são os analgésicos, anti-inflamatórios e antibióticos, sendo estes últimos os mais predominantes em pacientes hospitalizados.

Assim, é imprescindível o desenvolvimento de um protocolo que forneça condutas de intervenção imediata da equipe multiprofissional de saúde para os casos em que ocorrer reação alérgica grave a medicamentos em pacientes internados na unidade.

3. DEFINIÇÕES

As reações alérgicas a fármacos são reações de hipersensibilidade para os quais foi demonstrado um mecanismo imunológico definido. Elas podem ser classificadas como:

- **Imediata:** ocorrem de segundos a minutos logo após a última administração do fármaco. As DHRs imediatas são possivelmente induzidas por um mecanismo IgE mediado, e causam normalmente angioedema, rinite, broncoespasmo, sintomas gastrointestinais, ou choque anafilático.

- **Tardia:** ocorrem em qualquer período após 1 hora da administração inicial do fármaco. Sintomas comuns incluem exantema maculopapular e urticária retardada.

Frequentemente está associado a um mecanismo de alergia tardia dependente de células-T.

- **Bifásica:** ocorre inicialmente sinais e sintomas de uma reação imediata, os sintomas desaparecem por algumas horas e posteriormente voltam, desencadeando uma reação tardia sem necessidade de entrar em contato novamente com o agente causal.

As manifestações clínicas da pele e mucosa mais comuns são:

- **Urticária:** é a reação mais comum, caracterizada pela formação de placas pruriginosas, com bordas irregulares, surgindo em vários locais da pele;

- **Angioedema:** geralmente ocorre associado com os casos de urticária, em que há o surgimento de edemas nas partes moles do corpo, como pálpebras, lábios ou órgãos genitais;

- **Erupção morbiliforme:** caracterizada por pequenas máculas eritematosas que surgem no tronco e membros poupando a face;

- **Eritema pigmentar fixo:** caracterizada pelo surgimento de erupção eritemato-violácea evoluindo para cor castanho, com placas pequenas e confluentes.

As reações anafiláticas representam reação alérgica grave, em que os sinais e sintomas são divididos pelo grau de gravidade da reação, conforme a seguir:

- **I:** apresenta apenas sinais cutâneos: eritema generalizado, urticária e angioedema;

- **II:** apresenta sinais cutâneos associados a hipotensão, taquicardia, tosse e alterações respiratórias, mas sem risco de vida;

- **III:** apresenta sintomas com risco de vida: arritmias, broncoespamos e colapso;

- **IV:** parada respiratória ou cardíaca;

- **V:** morte.

4. ABRANGÊNCIA

Este protocolo de alergia a medicamentos deverá ser aplicado em todos os pacientes que apresentarem manifestações clínicas do processo alérgico em todos os ambientes de prestação do cuidado de saúde do HSS.

5. FUNÇÕES DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

Médico:

- a) registrar devidamente em prontuário eletrônico o histórico de alergias do paciente no momento da admissão;
- b) levar em consideração os possíveis medicamentos substituintes no caso do paciente já apresentar alergia conhecida;
- c) diagnosticar o paciente com quadro de reação alérgica de acordo com os critérios de diagnóstico apresentados no protocolo;
- d) prosseguir com intervenção imediata apresentada neste protocolo;

Enfermeiro/ técnico de enfermagem:

- a) verificar sempre com o paciente ou acompanhante, antes de administrar a medicação, se ele possui alergia a medicamentos;
- b) Identificar e sinalizar para equipe médica o paciente que venha a apresentar reação alérgica após exposição ao alérgeno;
- c) auxiliar equipe médica na intervenção imediata;
- d) checar sinais vitais do paciente e garantir a manutenção;

Enfermeiro da CCIH:

- a) notificar o caso de alergia medicamentosa no Prontuário Eletrônico do Paciente na aba de Eventos Adversos conforme procedimento descrito em POP Notificações de Reações Medicamentosas;

Farmacêutico:

- a) dispensar e controlar os medicamentos necessários conforme protocolo e prescrição na intervenção;
- b) auxiliar equipe médica na intervenção imediata;

Fisioterapeuta:

- a) auxiliar equipe médica na intervenção imediata;
- b) avaliar e ajustar saturação do paciente após o mesmo se encontrar fora do risco de choque anafilático ou de parada cardíaca, conforme protocolo de Técnica Para Avaliação Cardiorespiratória.

Fonaudiólogo:

- a) avaliar vias aéreas do paciente nos casos cabíveis;

6. CRITÉRIOS PARA DIAGNÓSTICO DA ANAFILAXIA E IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE ALÉRGICO

O diagnóstico deve ser baseado em critérios clínicos definidos, sendo altamente provável um quadro de anafilaxia quando um dos três critérios abaixo é preenchido:

1. Início agudo da doença em minutos, com envolvimento da pele, mucosas ou ambos (por exemplo, urticária generalizada, prurido ou rubor facial, edemas de lábios e/ou língua);

E mais um dos seguintes:

- a) comprometimento respiratório (dispneia, sibilos-broncoespamo, estridor, pico de fluxo expiratório reduzido, hipoxemia);
 - b) pressão arterial reduzida ou sintomas associados de disfunção orgânica (hipotonia, síncope, incontinência).
2. Dois ou mais dos seguintes sintomas ocorrendo rapidamente após exposição ao alérgeno (minutos a horas)
 - a) envolvimento de pele-mucosas (por exemplo, urticária generalizada, prurido ou rubor facial, edemas de lábios e/ou língua);
 - b) comprometimento respiratório (dispneia, sibilos-broncoespamo, estridor, pico de fluxo expiratório reduzido, hipoxemia);
 - c) pressão arterial reduzida ou sintomas associados de disfunção orgânica (hipotonia, síncope, incontinência);
 - d) sintomas gastrointestinais persistentes (por exemplo, cólica abdominal, vômitos);
 3. Queda da pressão arterial após exposição ao alérgeno (minutos a horas)
 - a) Adultos: pressão arterial sistólica menor que 90mmHg ou queda de 30% na pressão arterial sistólica basal.

Vale salientar que diversos fatores podem aumentar a gravidade da reação alérgica ou interferir no seu tratamento. Dentre estes fatores podem ser citados: infusão intravenosa

rápida, idade avançada do paciente, presença de doença cardíaca preexistente, asma. Assim, pacientes que se enquadrem nestas condições devem possuir maiores cuidados e atenção pela equipe multiprofissional, desde a prescrição até a administração.

A identificação do paciente alérgico a medicamento deve ocorrer no prontuário eletrônico do paciente tomando por base o histórico descritivo do paciente por análise médica e/ou após apresentação de reação alérgica durante internação, além do prontuário a informação a cerca da alergia deve estar descrita na identificação do leito do paciente, além de constar em toda prescrição médica, nesta identificação deve(m) estar descritos o(s) agentes alérgenos.

Avaliar rotineiramente a prescrição médica para evitar que sejam administrados medicamentos semelhantes quimicamente ao medicamento já conhecido como causador de reação de hipersensibilidade, e/ou perguntar ao paciente ou acompanhante se o mesmo possui alergia conhecida a alguma medicação;

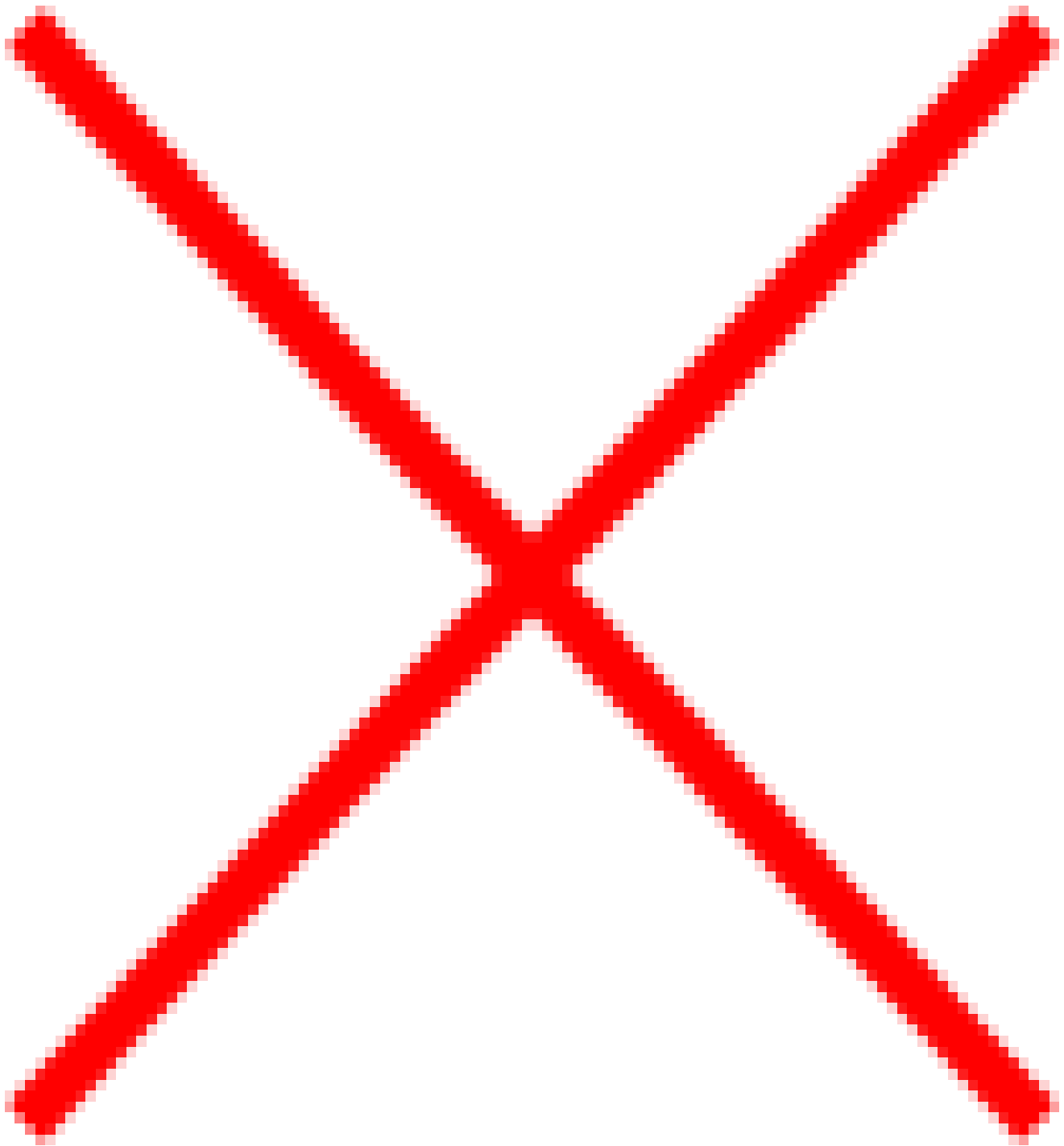
As ferramentas clínicas mais eficazes são: história clínica detalhada (ex: sintomatologia, cronologia dos sintomas, antecedentes, e toma de outros medicamentos semelhantes); teste cutâneos, testes in vitro (IgE específico; triptase e histamina; marcadores genéticos) e provas de provocação de fármacos (contraindicada em casos de processos alérgicos graves quase que fatais);

7. TRATAMENTO DA REAÇÃO ALÉRGICA

Reação Anafilática

Condição clínica grave por ocorrer subitamente e de forma inesperada, atingindo vários órgãos, e que se não for tratada corretamente pode levar a morte.

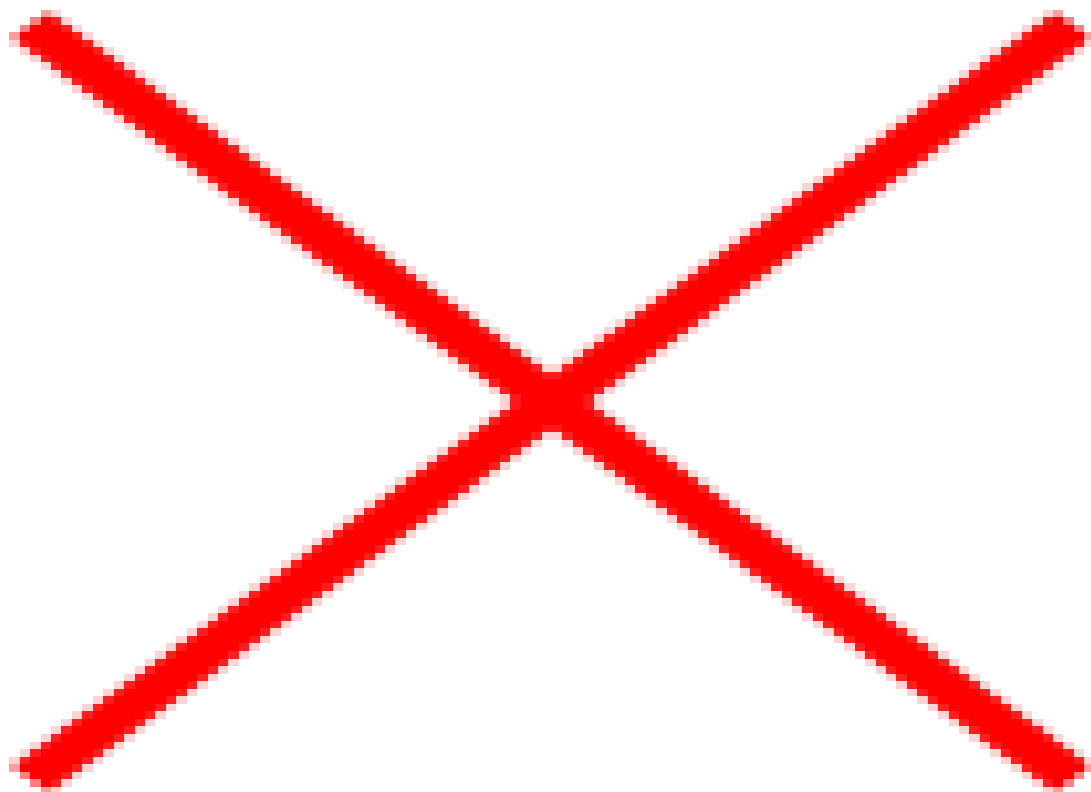
Intervenção imediata



Parada cardiorrespiratória

- Praticar protocolos do suporte avançado de vida em cardiologia conforme POP de Assistência de Enfermagem em Parada Cardiorrespiratória.
- Incentivada a ressuscitação prolongada, nos casos cabíveis.

Manifestações clínicas e tratamento

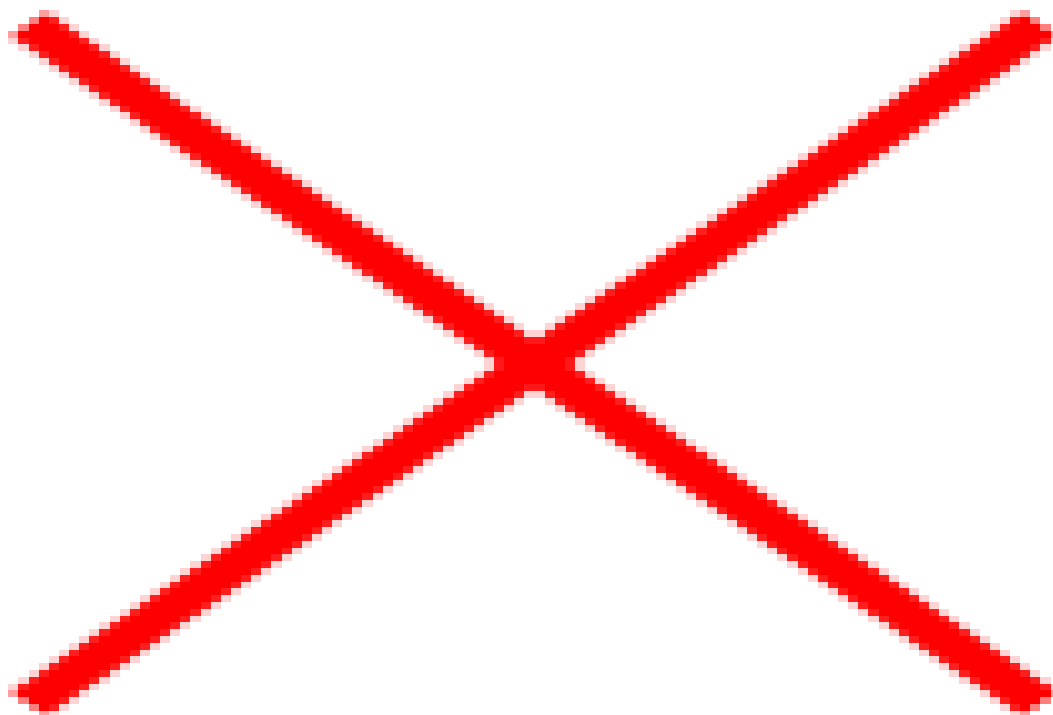


8. SUBSTITUIÇÃO TERAPÊUTICA

Os medicamentos mais comuns para desencadear um processo alérgico incluem os anti-inflamatórios não esteroidais, analgésicos, relaxantes musculares, inibidores da ECA, anticonvulsivantes e antibióticos. No quadro abaixo tem-se as possíveis substituições terapêuticas.

Vale salientar que para os casos em que não seja possível a substituição terapêutica, a equipe médica deve avaliar o risco/benefício e proceder com o método de dessensibilização, que consiste na reintrodução gradual de pequenas doses da droga a intervalos fixos, com o intuito de induzir temporariamente uma ausência da resposta clínica a antígenos de drogas. Estudos verificaram que a dessensibilização oral é um método mais seguro quando comparado com o uso endovenoso.

9.



NOTIFICAÇÃO DO EVENTO

Ao se identificar o processo alérgico no paciente, se faz necessário uma notificação interna com registro adequado via sistema eletrônico da unidade na aba de eventos adversos a ser preenchido pela CCIH, discriminando adequadamente todo o processo alérgico apresentado pelo paciente.

O evento deve também ser notificado no NOTIVISA (Sistema de Notificações para a Vigilância Sanitária) pela enfermeira da CCIH e, por fim, o documento é impresso, assinado e arquivado.

REFERÊNCIAS

Associação Brasileira de Alergia e imunopatologia, Sociedade Brasileira de Anestesiologia, 2013, Anafilaxia: diagnóstico, Rev. Assoc. Med. Bras. Vol 59, n1, SP.

Bernd, L A G, Alergia A Medicamentos, 2005, Rev. Bras. Alerg. Imunopatol. v.28(3).

Bernd, L A G *et. al.*, Anafilaxia: Guia Prático para o Manejo, 2006, Rev. Bras. Alerg. Imunopatol. v.29(6).

MS, 2005, Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, Alergias. Disponível em :bvsms.saude.gov.br

MS, 2015, Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, Choque Anafilático. Disponível em :bvsms.saude.gov.br

Ensina L.F. et al, Uso a longo prazo de alternativas terapêuticas aos anti-inflamatorios não-esteroidais, Rev. Bras. Aerg. Imunopatol., 2009.

ICON – Consenso Internacional em Alergia a Medicamentos, Allergy 2014; 69: 420–437 .
Protocolo de Atendimento de Reação Adversa a Medicacões, Albert Einstein Hospital Israelita, Unidade de Anestesia, 2009.