



Abordagem da anafilaxia por picada de himenópteros no serviço de urgência

Management of anaphylaxis caused by Hymenoptera stings in the emergency setting

Luís Pereira Amaral, MD¹; Alice Coimbra, MD¹; José Luís Plácido, MD¹

RESUMO

Objetivo: Avaliar a abordagem da anafilaxia por picada de himenópteros no serviço de urgência (SU) nos doentes que realizaram imunoterapia com veneno de himenópteros (VIT) em serviço de imunoalergologia (SIA). **Métodos:** Análise retrospectiva dos registros clínicos de doentes seguidos no SIA do Centro Hospitalar de São João (CHSJ-Porto, Portugal), que realizaram VIT entre janeiro de 2005 e abril de 2013. Foram selecionadas as reações anafiláticas mais graves de cada doente, sendo avaliadas sua abordagem no SU e classificação de acordo com os graus de Mueller. **Resultados:** Sessenta e seis indivíduos, 31 do sexo masculino, com idade média de 38 ± 14 anos (6-68 anos) foram incluídos na presente análise. Cinquenta (76%) realizaram VIT com veneno de abelha, e 16 (24%) com veneno de vespa. Cinquenta e dois (79%) apresentaram reações graus III a IV de Mueller. Adrenalina IM foi administrada em apenas 14 doentes (21%) no SU. Na alta, apenas 9 (14%) receberam prescrição de um autoinjeter de adrenalina, e a 28 doentes (43%) não lhes foi prescrita nenhuma medicação. Só 5 (8%) foram referenciados diretamente do SU para o SIA. Vinte e oito (42%) foram referenciados ao SIA pelo médico assistente. Destes, apenas 11 (39%) foram enviados no primeiro mês após o episódio de anafilaxia, 12 (43%) entre o segundo e sexto mês, e 5 (18%) com mais de seis meses. **Conclusões:** Apesar das recomendações atuais e como referido em inúmeros trabalhos, constatou-se subutilização da adrenalina no SU. Ainda há espaço para melhorar a implementação das recomendações mais recentes na abordagem da anafilaxia.

Descritores: Anafilaxia, reação a picada de insetos, adrenalina, imunoterapia com veneno de himenópteros.

¹ Serviço de Imunoalergologia (SIA), Centro Hospitalar de São João E.P.E. CHSJ, Porto, Portugal.

Correspondência para:

Luís Amaral
E-mail: luis.m.amaral@gmail.com

ABSTRACT

Objective: To evaluate the management of anaphylaxis caused by Hymenoptera stings in the emergency setting in patients receiving venom immunotherapy (VIT) at our immuno-allergology outpatient clinic. **Methods:** The medical records of patients receiving VIT at the clinic between January 2005 and April 2013 were retrospectively reviewed. The most severe anaphylactic reaction in each patient was selected, and management at the emergency department and classification according to Mueller grades were assessed. **Results:** A total of 66 patients (31 males), with a mean age of 38 ± 14 years (6-68 years), were included. Fifty patients (76%) underwent VIT with honey bee venom, and sixteen (24%) with vespid venom. Fifty-two patients (79%) presented Mueller grade III or IV reactions. Intramuscular adrenaline was administered to only 14 patients (21%) at the emergency department. Upon discharge, only nine patients (14%) were prescribed an adrenaline auto-injector, and 28 (43%) were not prescribed any medication. Only five (8%) patients were referred to the immuno-allergology clinic directly from the emergency department. Twenty-eight patients (42%) were referred to the clinic by the assistant physician. Of these, only 11 (39%) were seen by a specialist within the first month after the anaphylactic episode; 12 (43%)

Não foram declarados conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Submetido em: 21/10/2014,
aceito em: 19/04/2015.

between the second and sixth month; and five (18%) after six months. Conclusions: In spite of current recommendations, and as reported by a number of studies, we found that adrenaline is being underused in the emergency setting. There is room for improving implementation of the latest anaphylaxis guidelines.

Keywords: Anaphylaxis, insect sting reaction, adrenaline, venom immunotherapy.

INTRODUÇÃO

A anafilaxia é uma reação de hipersensibilidade sistêmica, potencialmente fatal, com uma prevalência estimada de 0,5-2% da população geral¹. A incidência da anafilaxia parece estar a aumentar, embora haja variações geográficas².

As picadas de himenópteros podem provocar reações alérgicas sistêmicas graves, por vezes fatais, que contribuem significativamente para a morbidade e deterioração da qualidade de vida dos doentes. Os últimos dados epidemiológicos confirmam a alergia ao veneno de himenópteros como uma causa importante de anafilaxia, podendo ser responsável por até um terço dos episódios de anafilaxia tratados nos serviços de urgência (SU)³.

O presente estudo teve por objetivo avaliar a abordagem da anafilaxia por picada de himenópteros no SU em doentes que realizaram imunoterapia com veneno de himenópteros (VIT).

MÉTODOS

Foi realizada análise retrospectiva dos registos clínicos de doentes seguidos no Serviço de Imunoalergologia (SIA) do Centro Hospitalar de São João (CHSJ), em Porto, Portugal, que realizaram imunoterapia com veneno de himenópteros (VIT) entre janeiro de 2005 e abril de 2013. Foram selecionadas as reações anafiláticas mais graves de cada doente, sendo avaliadas a sua abordagem no SU e classificação de acordo com os graus de Mueller.

RESULTADOS

Sessenta e seis indivíduos, 31 do sexo masculino, com idade média de 38 ± 14 (6-68 anos) foram incluídos na análise.

Cinquenta (76%) realizaram VIT com veneno de abelha, e os restantes 16 (24%) com veneno de vespa.

Cinquenta e dois pacientes (79%) apresentaram reações graus III a IV de Mueller. Adrenalina IM foi administrada em apenas 14 doentes (21%) no serviço de urgência.

Dois doentes (3%) necessitaram internamento numa unidade de cuidados intermediários, e outros 2 (3%) ficaram em observação no SU durante 24h.

Na alta, apenas 9 (14%) receberam prescrição de um autoinjeter de adrenalina, e a 28 doentes (43%) não lhes foi prescrita nenhuma medicação. Só 5 pacientes (8%) foram referenciados diretamente do SU para o SIA.

Vinte e oito pacientes (42%) foram referenciados ao SIA pelo médico assistente. Destes, apenas 11 (39%) foram enviados no primeiro mês após o episódio de anafilaxia, 12 (43%) entre o segundo e sexto mês, e 5 (18%) com mais de seis meses.

DISCUSSÃO

A verdadeira prevalência da anafilaxia na população em geral, englobando todos os fatores desencadeantes, é desconhecida. Isto deve-se em parte pelo sub-reconhecimento por parte dos doentes e cuidadores e pelo subdiagnóstico desta entidade pelos profissionais de saúde. Além disso, a baixa taxa de notificação, a variabilidade de definições, o uso de diferentes medidas como a incidência ou a prevalência, e a ausência de codificação são problemáticos para a realização de muitos estudos epidemiológicos⁴.

O diagnóstico da anafilaxia baseia-se principalmente numa história clínica detalhada, em que se incluem dados sobre todas as exposições a alérgenos ou fatores desencadeantes, no período que antecedeu o início dos sintomas, como por exemplo, a utilização de medicamentos e drogas recreativas, álcool/etanol, infecções agudas, o estado pré-menstrual, fatores físicos tais como o frio e o exercício, o *stress* psicológico/emocional, a realização de viagens recentes ou outros fatores disruptivos da rotina. A chave para o diagnóstico envolve o reconhecimento de padrões: o aparecimento súbito de sinais e sintomas característicos, com alguns minutos a horas após a exposição a um fator precipitante potencial ou conhecido⁵.

A anafilaxia é uma entidade que muitas vezes não é reconhecida. Isto deve-se à grande variabilidade de apresentação e pelo conjunto de sinais e sintomas

poderem mimetizar outras entidades que fazem parte do diagnóstico diferencial⁶.

A adrenalina deve ser administrada na dose de 0,01 mg/kg, diluída numa solução de 1:1.000 (1 mg/mL) devendo ser administrada imediatamente pela via intramuscular, sendo eficaz e segura na terapêutica inicial da anafilaxia¹.

Não existem contraindicações absolutas para a administração de adrenalina na anafilaxia. Deste modo, deve ser administrada em todos os doentes, em que se incluem as grávidas e doentes com comorbilidades, como as doenças cardiovasculares⁷⁻⁹.

No tratamento da anafilaxia a abordagem deve basear-se na atuação rápida, em que minutos preciosos não devem ser perdidos no início do tratamento, sendo que a administração subsequente de adrenalina pode não ser suficiente no controle de um episódio anafilático. Deste modo, a subutilização de adrenalina no tratamento da anafilaxia está potencialmente associada à morte, encefalopatia hipóxica e/ou isquêmica e ainda à anafilaxia bifásica, com o reaparecimento dos sintomas em até 72 horas de evolução.

As recomendações mais recentes referem que a duração de monitorização dos doentes deve ser individualizada de acordo com a gravidade do episódio anafilático. No entanto, os doentes com insuficiência respiratória moderada ou comprometimento cardiovascular devem ficar em observação durante pelo menos 4 horas e, se necessário, durante 8 a 10 horas ou mais¹⁰. Em certos casos de doentes com anafilaxia grave, podem ser necessárias monitorização ou internação numa unidade hospitalar diferenciada para a realização de procedimentos durante alguns dias¹¹.

À data de alta, os doentes devem ter uma prescrição de um autoinjeter de adrenalina. Deve ainda ser prestado ensino de quando e como utilizar o autoinjeter de adrenalina, instruindo-os a injetá-la e, em seguida, procurar assistência médica. Um plano de ação escrito e personalizado é fundamental para que, em casos de emergência, auxilie no reconhecimento dos sinais e sintomas de anafilaxia. Esta abordagem combinada facilita um rápido reconhecimento e tratamento da anafilaxia em ambulatório^{1,12}.

O tratamento médico de anafilaxia tem sido tradicionalmente centrado no reconhecimento e tratamento do evento agudo. Ainda no SU os doentes devem ser referenciados para uma consulta de Imunoalergologia, de forma a poderem ser observados e reavaliados e a realizarem-se os meios complementares de diagnóstico necessários para confirmar a etiologia deste episódio de anafilaxia¹³.

Informação escrita sobre a prevenção de recorrências de anafilaxia no ambulatório, com evicção do alérgeno e/ou fatores desencadeantes, deve ser fornecida e

discutida. Caso seja relevante, a imunoterapia deve ser recomendada, como a VIT que permite evitar as recorrências de anafilaxia induzida por veneno de himenópteros.

Deste modo, o constante atraso no referenciamento do doente a um especialista em Imunoalergologia e consequente atraso no início da VIT, como observamos neste trabalho, poderá influenciar de forma significativa a morbidade e mortalidade dos doentes com anafilaxia a picada de himenópteros¹⁴⁻¹⁶.

CONCLUSÕES

Apesar das recomendações atuais e como referido em inúmeros trabalhos, constatou-se uma subutilização da adrenalina no SU. Este trabalho demonstra também a prescrição insuficiente de autoinjeteres de adrenalina, bem como o referenciamento insatisfatório para a consulta de Imunoalergologia, na alta.

Relativamente aos doentes com alergia a veneno de himenópteros, isto implica em atraso desnecessário na orientação do doente e no início da VIT.

Os médicos do SU devem estar mais conscientizados da importância do reconhecimento e tratamento precoce da anafilaxia, de forma a melhorar os cuidados prestados e reduzir o número de casos de potencial mau prognóstico.

Ainda há espaço para melhorar a implementação das recomendações mais recentes na abordagem da anafilaxia.

REFERÊNCIAS

1. Simons FE, Arduzzo LR, Bilò MB, El-Gamal YM, Ledford DK, Ring J, et al. World Allergy Organization anaphylaxis guidelines: summary. *J Allergy Clin Immunol*. 2011;127:587-93.
2. Lieberman P, Camargo CA Jr, Bohlke K, Jick H, Miller RL, Sheikh A, et al. Epidemiology of anaphylaxis: findings of the American College of Allergy, Asthma and Immunology Epidemiology of Anaphylaxis Working Group. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2006;97:596-602.
3. Bilo MB, Bonifazi F. The natural history and epidemiology of insect venom allergy: clinical implications. *Clin Exp Allergy*. 2009;39:1467-76.
4. Decker WW, Campbell RL, Manivannan V, Luke A, St Sauver JL, Weaver A, et al. The etiology and incidence of anaphylaxis in Rochester Minnesota: a report from the Rochester Epidemiology Project. *J Allergy Clin Immunol*. 2008;122:1161-5.
5. Lieberman P, Nicklas RA, Oppenheimer J, Kemp SF, Lang DM, Bernstein DI, et al. The diagnosis and management of anaphylaxis practice parameter: 2010 update. *J Allergy Clin Immunol*. 2010;126:477-80.
6. Sampson HA, Muñoz-Furlong A, Campbell RL, Adkinson NF Jr, Bock SA, Branum A, et al. Second symposium on the definition and management of anaphylaxis: summary report – Second National Institute of Allergy and Infectious Disease/Food Allergy and Anaphylaxis Network symposium. *J Allergy Clin Immunol*. 2006;117:391-7.

7. Simons FE, Schatz M. Anaphylaxis during pregnancy. *J Allergy Clin Immunol.* 2012;130:597-606.
8. Triggiani M, Patella V, Staiano RI, Granata F, Marone G. Allergy and the cardiovascular system. *Clin Exp Immunol* 2008;153 Suppl 1:7-11.
9. Mueller UR. Cardiovascular disease and anaphylaxis. *Curr Opin Allergy Clin Immunol.* 2007;7:337-41.
10. Campbell RL, Hagan JB, Li JT, Vukov SC, Kanthala AR, Smith VD, et al. Anaphylaxis in emergency department patients 50 or 65 years or older. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2011;106:401-6.
11. Brown AF, McKinnon D, Chu K. Emergency department anaphylaxis: A review of 142 patients in a single year. *J Allergy Clin Immunol.* 2001;108:861-6.
12. Simons KJ, Simons FE. Epinephrine and its use in anaphylaxis: current issues. *Curr Opin Allergy Clin Immunol.* 2010;10:354-61.
13. Simons FE. Emergency treatment of anaphylaxis. *BMJ.* 2008;336:1141-2.
14. Clark S, Camargo CA Jr. Emergency treatment and prevention of insect-sting anaphylaxis. *Curr Opin Allergy Clin Immunol.* 2006;6:279-83.
15. Bonifazi F, Jutel M, Biló BM, Birnbaum J, Muller U, the EAACI Interest Group on Insect Venom Hypersensitivity, et al. Prevention and treatment of hymenoptera venom allergy: guidelines for clinical practice. *Allergy.* 2005;60:1459-70.
16. Biló MB, Bonifazi F. Advances in Hymenoptera venom immunotherapy. *Curr Opin Allergy Clin Immunol.* 2007;7:567-73.