

Anafilaxia e adrenalina no Brasil: vai, vai, vai..., mas não vai!

Anaphylaxis and adrenaline in Brazil: almost there but not quite

Herberto José Chong-Neto¹

A anafilaxia é definida como uma reação de hipersensibilidade generalizada ou sistêmica grave, com risco de morte, de início rápido, caracterizada pelo acometimento de pelo menos dois sistemas (pele e tecido celular subcutâneo, cardiovascular, respiratório e gastrointestinal) ou hipotensão com queda da pressão arterial sistólica superior a 30% do basal após contato com alérgeno previamente conhecido¹. Representa uma das mais dramáticas condições clínicas de emergência, tanto pela imprevisibilidade de aparecimento quanto pelo potencial de gravidade de sua evolução².

A conduta dos profissionais de saúde frente à reação anafilática representa ponto crucial para a estabilização do paciente, com necessidade de rápido reconhecimento e manejo apropriado desta síndrome. Apesar de diversas diretrizes organizadas por sociedades de especialidade para o diagnóstico e manejo da anafilaxia, estudos têm mostrado que o conhecimento de médicos e profissionais da saúde sobre anafilaxia é divergente nas diferentes regiões avaliadas. Diretrizes nacionais e internacionais recomendam o uso de adrenalina como o fármaco de escolha para tratamento da anafilaxia em crianças e adultos, preferencialmente por via intramuscular, pois atinge pico sérico em torno de oito minutos, superior à via subcutânea^{1,2}.

Em estudo randomizado, Ribeiro et al. aplicaram questionário com perguntas sobre o diagnóstico e tratamento da anafilaxia para verificar o conhecimento de médicos que trabalham em serviços de urgência e emergência em hospitais públicos e privados, bem

como na Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs) e Serviços de Atendimento Médico de Urgência (SAMUs)³. Entre os convidados, responderam ao questionário 79 (66,4%) médicos que atuavam em Hospital, e 78 (37,1%) em UPA/SAMU. Sessenta e nove médicos (43,9%) acertaram o diagnóstico de anafilaxia, e apenas vinte e nove (18,5%) identificaram os sistemas que podem ser acometidos na reação anafilática. A adrenalina intramuscular foi referida como primeira opção de tratamento da anafilaxia por 64 (40,7%), e o glucagon foi escolhido como opção em pacientes que utilizam β -bloqueadores por 19 (12,1%) médicos.

Em um estudo com médicos norte-americanos foram realizadas entrevistas por telefone, dentre especialistas em alergia e imunologia, emergencistas, médicos de família e pediatras. Encontrou-se, a partir de dados categorizados por especialidade, que problemas respiratórios foram as manifestações clínicas mais citadas, por percentual que variou de 71 a 77% da amostra, seguido de tontura/desmaio, apontado por 52 a 68% dos médicos, edema (38 a 54%) e reações cutâneas (de 26 a 56%). Os autores evidenciaram lacunas de conhecimento sobre anafilaxia entre médicos que atuam em emergência e em atenção primária⁴.

Em um estudo envolvendo 23 países ibero-americanos, o percentual de uso de adrenalina intramuscular em pacientes com anafilaxia foi referido por 71,1% dos especialistas em alergia/imunologia⁵. Em outro estudo de intervenção realizado em hospital dos Estados Unidos, apenas 33% dos médicos de

1. Professor Adjunto de Pediatria, Universidade Federal do Paraná, UFPR.

um serviço de emergência prescreveriam adrenalina como primeira linha de atendimento, frequência que chegou a 51% após a implantação de uma diretriz no serviço pesquisado⁶.

Ribeiro³ demonstrou que o uso de adrenalina intramuscular foi mais indicado por médicos com menos tempo de formado, e este fato corrobora com um único estudo que avaliou esta variável realizado no Canadá, onde os médicos idosos foram discretamente menos propensos a recomendar o uso IM (OR = 0,98; IC95%: 0,97-0,99)⁷. A orientação quanto aos autoinjetores em Curitiba foi referida por 71 (45,3%) médicos. Surpreendeu de maneira positiva o fato de os médicos orientarem o uso de autoinjetores de adrenalina em quantidade superior ao próprio uso de adrenalina na emergência, pois estes dispositivos ainda não estão disponíveis no Brasil.

É alarmante o desconhecimento sobre o diagnóstico da anafilaxia, e, mais ainda, a persistência da conduta da adrenalina não ser a droga de escolha pela maioria dos médicos que trabalham em serviços de urgência e emergência. Estudo com crianças que tiveram reações anafiláticas demonstrou que somente 14% das reações ocorreram em consultórios médicos ou hospitais⁸. Isto nos faz pensar o quão grande é o risco de pacientes em anafilaxia no Brasil. Se por um lado a maioria das reações ocorrem longe do médico e, infelizmente, ainda não temos autoinjetores de adrenalina disponíveis comercialmente para aqueles que necessitam dispor deste tratamento no momento de uma crise, por outro lado preocupa o baixo nível de conhecimento dos médicos que atendem emergências, pois menos da metade maneja adequadamente as reações anafiláticas.

Esforços têm sido realizados pela Associação Brasileira de Alergia e Imunologia e Sociedade Brasileira de Pediatria, produzindo documentos científicos e cursos práticos que orientam o especialista e o clínico no manejo adequado da anafilaxia, bem como a sensibilização dos órgãos governamentais e a indústria na aprovação e comercialização de autoinjetores de adrenalina, mas a sensação que fica é que vai, vai, vai..., mas não vai!

Referências

1. Simons FER, Arduso LRF, Bilò MB, Gamal YME, Ledford DK, Ring J, et al. World Allergy Organization guidelines for the assessment and management of anaphylaxis. *World Allergy Organ J.* 2011;4:13-37.
2. Bernd LAG, Sá AB, Watanabe AS, Castro APM, Solé D, Castro FM, et al. Guia prático para o manejo da anafilaxia-2012. *Rev Bras Alerg Imunopatol.* 2012;35:53-70.
3. Ribeiro MLKK, Barcellos AC, Silva HGF, Carletto LHM, Bet MC, Rossetto NC, et al. *Arq Asma Alerg Immunol.* 2017;2:217-25.
4. Altman AM, Camargo Jr CA, Simons FER, Lieberman P, Sampson HA, Schwartz LB, et al. Anaphylaxis in America: a national physician survey. *J Allergy Clin Immunol.* 2015;135:830-3.
5. Sole D, Ivancevich JC, Borges MS, Coelho MA, Rosario NA, Arduso LRF, et al. Anaphylaxis in Latin America: a report of the online Latin American survey on anaphylaxis (OLASA). *Clinics.* 2011;66:943-7.
6. Manivannan V, Hess EP, Venkatesh RB, Nestler DM, Bellolio MF, Hagan JB, et al. A multifaceted intervention increases epinephrine use in adult emergency department anaphylaxis patients. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2014;2:294-9.
7. Desjardins M, Clarke A, Alizadehfar R, Grenier D, Eisman H, Carr S, et al. Canadian allergists' and nonallergists' perception of epinephrine use and vaccination of persons with egg allergy. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2013;1:289-94.
8. Mehl A, Wahn U, Niggemann. Anaphylactic reactions in children: a questionnaire-based survey in Germany. *Allergy.* 2005;60:1440-5.