

Quando suspeitar:

- Hipotensão inexplicada
- Broncoespasmo inexplicável (sibilo pode estar ausente se for grave)
- Taquicardia ou bradicardia inexplicada
- Angioedema (frequentemente ausente em casos graves)
- Parada cardíaca inesperada onde outras causas são excluídas
- Rubor cutâneo em associação com um dos mais dos sinais acima (frequentemente ausente em casos graves)

Abordagem:

- 1 Peça ajuda. Observe a hora. Pare ou não inicie uma cirurgia não essencial (risco/benefício; emergência/ eletiva; neoplasia)
- 2 Solicite o carrinho de emergência e se estiverem disponíveis no seu serviço peça também o kit de tratamento de anafilaxia e o kit de investigação
- 3 Remova todos os agentes causadores em potencial e mantenha a anestesia.
 - Principais culpados: antibióticos, agentes bloqueadores neuromusculares, azul patente (corante utilizado para identificar linfonodo sentinela).
 - Considere a clorexidina como causa (cateteres impregnados, lubrificantes, agentes de limpeza).
 - Considere i.v. coloides como uma causa possível.
 - Mude para agente anestésico inalatório (se já não estiver).
- 4 Forneça oxigênio a 100% e garanta ventilação adequada:
 - Considere via aérea definitiva
- 5 Eleve as pernas do paciente se houver hipotensão, posição de trendelenburg
- 6 Se a pressão arterial sistólica <50 mmHg, ETCO₂ < 20mmHg: considere parada cardíaca e inicie a RCP imediatamente, conforme diretrizes do ACLS
- 7 Administre medicamentos para tratar a hipotensão (Quadro A):
 - A hipotensão pode ser resistente e exigir tratamento prolongado.
 - Administre um bolus de adrenalina e repita conforme necessário.
 - Considere iniciar uma infusão de adrenalina após três bolus.
 - Se for resistente à hipotensão, administre vasopressor alternativo (por exemplo, metaraminol, infusão de noradrenalina +/- vasopressina).
 - Administre glucagon em pacientes β-bloqueados que não respondem à adrenalina.
- 8 Aplique i.v. cristalóide: bolus inicial de 20 ml/kg, repetido até a resolução da hipotensão.
- 9 Administre hidrocortisona como parte da ressuscitação (Quadro B).
- 10 Se o broncoespasmo for persistente, considere itens 3-4
- 11 Colete 5-10 ml de amostra de sangue coagulado para triptase sérica assim que o paciente estiver estável. • Planeje repetir a amostra em 1-2 horas e > 24 horas.
- 12 Administre anti-histamínico disponível no serviço (Quadro B).
- 13 Planeje a transferência do paciente para uma área de cuidados intensivos apropriada.
- 14 Evite a re-administração de possíveis agentes desencadeadores (faixa de alergia, anotar notas / tabela de medicamentos)

Quadro A: DROGAS PARA TRATAR HIPO-TENSÃO - Se parada cardíaca inicie ALS

- Adrenalina adulto: **IV**. 50 µg (= 0,5 ml de 1:10 000)
- IM** 0,5 mg (= 0,5 ml de 1: 1000) se i.v. não é possível
- Adrenalina dose pediátrica: **IV** 1,0 µg/kg (0,1 ml/kg de 1: 100 000) [solução 1: 100 000 feita diluindo 1 ml de 1:10 000 até 10 ml]
- Se não houver acesso IV: dose de adrenalina **intraóssea** igual a IV
- Regimes de infusão de adrenalina sugeridos (adulto): 5 mg em 500 mL de dextrose = 1: 100.000, titule para efetuar 3 mg em 50 mL de solução salina. Comece com 3 ml/h (= 3 µg/min), titule até no máximo 40 ml/h (= 40 µg/min)
- Glucagon (adulto): 1 mg, repita conforme necessário
- Vasopressina (adulto): 2 unidades, repetir necessário (considerar a infusão)

Quadro B: OUTRAS DROGAS

- Hidrocortisona **IV** doses:
 - » Adulto: 200 mg
 - » Criança 6-12 anos: 100 mg
 - » Criança 6 meses-6 anos: 50 mg
 - » Criança <6 meses: 25 mg
- Administre bloqueadores H1 e H2 disponíveis no serviço.

Quadro C: MUDANÇAS CRUCIAIS

Parada Cardíaca → ALS

Quadro D: NÃO SE ESQUEÇA

- Repita o teste para triptase sérica em 1-2 horas e 24 horas.
 - Articulação com o laboratório do hospital sobre análise de amostras.
 - Encaminhar o paciente a um centro especializado em alergia ou imunologia para identificar o agente causador (consulte www.bsaci.org para obter detalhes).
- Informar o paciente, cirurgião e clínico geral (equipe assistente).