



A sedação é um procedimento extremamente comum e necessário para realização dos procedimentos endoscópicos. Porém, sempre que administramos uma medicação ao paciente há o risco de uma complicação crítica: a **anafilaxia**.

Trata-se de uma reação alérgica que ocorre minutos ou até horas após a aplicação de medicamentos . Caso se agrave, pode levar a complicações e até ser fatal.

A incidência varia bastante de 1/500 até 1/5000 dependendo das drogas utilizadas. Casos graves de anafilaxia podem ter taxas de mortalidade de até 6%.

Agravantes durante a Sedação em Endoscopia:

- Vários fármacos sendo administrados ao mesmo tempo.
- Desvio de atenção para outras ações.
- Cobertura do corpo do paciente
- Patologias associadas.

Fatores favorecedores: Histaminase e IgE

- Idade: 30 e 50 anos.
- Sexo feminino - Bloqueador neuromuscular (alvejantes e cosméticos)
- Ansiedade
- Atopia (asma infantil e rinite)
- Alergia alimentar e medicamentosa.
- Anestésias gerais repetidas.
- “Extrofia de bexiga e espinha bífida “

- Beta-bloqueadores e bloqueadores h2
- Tabaco (hiper-reatividade brônquica)
- Gravidez (Placenta é rica em histaminases e IgE não atravessa placenta(feto sofre consequências das desordens hemodinâmicas e hipóxicas materna) **Obs: IgG passa a placenta (reações as dextranas)
- Prolapso de valva mitral – arritmias

MECANISMOS

Origem imunológica :

- IgE (anafiláticas)
- IgG e IgM - ativando a via clássica do complemento (anafilactóides)

Origem não imunológica:

- Ativação da via alternativa do complemento
- Histaminoliberação direta

**Obs: Não distinguíveis pelo quadro clínico

QUADRO CLÍNICO

Início em segundos ou até 30 minutos ou mais em contato por outras vias (látex 40 a 120 minutos)

Manifestações Clínicas da Anafilaxia

Manifestações	Sinais e sintomas
Cutâneo – Mucosas	<ul style="list-style-type: none"> - urticária generalizada - rubor - prurido - exantema mobiliforme - eritema - prurido e edema periorbital - eritema conjuntival - lacrimejamento - edema e prurido em lábios, língua, úvula, palato e canal auditivo externo - prurido ou edema em genitália e palmo-plantares
Respiratórias	<ul style="list-style-type: none"> - aumento de secreção nasal - congestão nasal - disfonia - rouquidão - sensação de sufocação - disfagia - estridor - dispneia - espirros - tosse - desconforto torácico - hipoxemia - sibilos - Sibilância - pico de fluxo expiratório (PFE) reduzido
Gastrointestinais	<ul style="list-style-type: none"> - náuseas - vômitos - diarreia - cólicas abdominais - sensação de gosto metálico
Sistema nervoso central	<ul style="list-style-type: none"> - aura - cefaleia - tonturas - confusão mental - visão em túnel e/ou turva

****Obs:** edema visível (> 1mm) -generalizado em mucosas; subcutâneo e mucosas indica perda de 1,5L pro extravascular e pode levar à queda brusca de pressão arterial (**choque**)

Substância Relativamente Seguras:

- Etomidato, midalozam e cetamina
- Opióides, exceto morfina e meperidina
- Anestésicos locais amida – incidência rara (conservantes ou antioxidantes geralmente)
- Neurolépticos: inibem h-N-metil-transferase
- O propofol normalmente não causa liberação histamínica, mas reações anafilatóides foram relatadas em pacientes com múltiplas alergias medicamentosas.

Antibióticos :

- Penicilinas: Reações anafiláticas – 0,4 a 1,5: 10.000 exposições; Mortalidade – 0,4 a 1,5:1.1000.000;
- Cefalosporinas : reação cruzada a penicilina em 20%
- Sulfonamidas : reações anafiláticas graves
- Vancomicina: Depressão miocárdica direta e também pode haver histaminoliberação

Contrastes Radiológicos :

- Incidência 5 a 8% quando administrados por via endovenosa.
- Baixa incidência quando utilizados na via biliar.
- Mortalidade: 2 a 6: 10.000

Alergia à Derivados de látex :

- Incidência: 2,9 a 17%
- Mediada por IgE – anafiláticas
- Contato: cutâneo, mucoso ou inalatório
- Clínica: Alteração hemodinâmica e ou respiratória sem explicação
- Fatores de risco: Profissionais da saúde, pessoas com múltiplas sondagens ou cirurgias repetidas.
- 69% são atópicos e reação cruzada a frutas

TRATAMENTO

Profilaxia :

- Paciente sem tratamento : Difenidramina 50mg – 1h + Prednisona 50mg 8/8h
- Com tratamento : acréscimo de efedrina 25mg VO 1h antes ou cimetidina 300mg VO 1h antes

Anti-H1: Desloca a curva dose-resposta à histamina (Difenidramina 50mg- 16/24h antes do procedimento)

Corticóides devem ser iniciados pelo menos 24h antes do procedimento

Tratamento Primário :

- Suspensão imediata da administração dos fármacos
- Permeabilidade das vias aéreas : Fornecer O₂ a 100%
- Expansão Volêmica: 1 a 4L de cristalóides (10/15 min)
- Posicionamento: Céfaló- declive (trendelemburg)+ MMii elevados
- Adrenalina : 0,2 a 0,5mg EV + bolus de 0,1 a 0,2 até obtenção do efeito desejado
- Salbutamol(spray)
- Aminofilina: 5mg/kg
- Lidocaína com adrenalina – na sonda de intubação

Tratamento secundário :

- Corticóides: 500mg a 1g de metilprednisolona ou 500mg a 1g de hidrocortisona
- Bicarbonato de sódio: Apenas em colapso persistente ou acidose metabólica
- Dopamina, Noradrenalina, dobutamina, isoproterelol (conforme indicação)
- Controle: Durante 12h pelo menos

Reconhecer a ocorrência de uma reação anafilática em um paciente sedado é tarefa muitas vezes caracterizada como difícil e a sua suspeita sempre deve ser acompanhada de tratamento agressivo. Reposição volêmica vigorosa associada ao uso de epinefrina são os pilares do tratamento e essas medidas não devem ser postergadas. Apesar de raras, essas reações apresentam um alto índice de complicações. Assim, médicos endoscopistas devem estar preparados para instituir as condutas iniciais e estabilizar o paciente até a chegada de ajuda no caso de anafilaxia.

Acesse o [QUIZ!](#) sobre reações alérgicas!

Não deixe de testar os conhecimentos aprendidos nesse post!

Referências

Garrison JC - Histamina, Bradicininina, 5-Hidroxitriptaminae Seus Antagonistas, em: Goodman LS, Gilman A - As Bases Farmacológicas da Terapêutica. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1990; 378-394. Pereira AMSA – Reações Anafiláticas e Anafilactóides, em: Gozzani JL e Rebuglio R - SAESP Curso de Atualização e Reciclagem. São Paulo, Atheneu, 1991; 368-376

Bauman LA, Arnold WP - Health and Safety for Anesthesia Personnel, em: Morell RC, Eichhorn JH - Patient Safety in Anesthetic Practice. New York, Churchill Livingstone, 1997; 475-477 Berry AJ, Katz JD - Hazards of Working in the Operating Room, em: Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK - Clinical Anesthesia, 3rd Ed, Philadelphia, Lippincott-Raven, 1997; 73

Cangiani LM, Slullitel A, Potério GMB et al. Tratado de Anestesiologia SAESP. 7a Ed, 2011.

Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK, et al. Clinical Anesthesia. 7th Ed, 2013.

