

O intervalo entre o surgimento do quadro de *delirium tremens* e a abstinência é de três a quatro dias e os outros quadros menos sérios é de seis a 36 horas.

b. QUADRO CLÍNICO

Delírio com tremor e agitação.

Excesso de reatividade autonômica: taquicardia, midríase, febre e sudorese.

Desorientação no tempo e espaço.

Alucinações visuais são frequentes.

As convulsões quando ocorrem por abstinência surgem entre 6-4h e precedem o *delirium tremens*, a concomitância dos dois quadros sugere outra causa para as convulsões.

A duração do quadro pode ser superior a 72 horas.

c. CONDUTA

Iniciar reposição volêmica mantendo quatro a dez litros no primeiro dia, utilizando glicose a 5% e eletrólitos.

Administrar tiamina 100 mg/dia para prevenir a encefalopatia de Wernicke.

Controlar a agitação com diazepam 5 mg a cada 5 minutos até que o paciente esteja calmo (podem ser necessárias doses de até 200 mg).

Transferir o paciente para hospital de referência.

7. REAÇÕES ANAFILÁTICAS

a. CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS DE AVALIAÇÃO

Reação alérgica grave e com potencial de fatalidade que ocorre minutos após a administração parenteral ou oral de medicamentos ou proteínas não humanas (alimentos, venenos, soro, etc.).

As medidas preventivas são extremamente importantes, antes de administrar qualquer medicamento é obrigatório obter uma história pregressa de alergias.

Utilizar medicamentos alternativos sempre que possível quando houver suspeita de alergia a uma substância ou grupo farmacológico.

b. QUADRO CLÍNICO

Urticária generalizada ou edema, dor lombar, sensação de sufocação, tosse, broncoespasmo, edema de laringe, cólica e dor abdominal.

Os sinais de gravidade incluem angioedema labial, de língua e palpebral de grande monta.

Em casos graves hipotensão arterial, perda de consciência e convulsões.

Episódios recorrentes podem ocorrer entre 12 e 24 horas após o inicial. Os pacientes devem ser hospitalizados para observação.

c. CONDUTA

Iniciar o tratamento assim que suspeitar da ocorrência de anafilaxia.

Abrir via aérea com manobras manuais.

Avaliar respiração.

Administrar oxigênio por máscara com reservatório em alto fluxo (10 a 12 litros/min), procurando manter a saturação superior a 92%.

Manter as vias aéreas permeáveis através de intubação orotraqueal antes do desenvolvimento do edema de laringe.

Considerar a ventilação translaríngea ou a cricotireoidotomia caso a intubação seja impossível – conforme protocolo na página 270.

Administrar adrenalina (parar reverter o edema de vias aéreas e broncoespasmo) na dose de 0,2 a 0,5 ml da solução 1:1000 (0,01 mg/kg em crianças, máximo de 0,3 mg) por via intramuscular (preferencialmente, por apresentar nível sérico mais elevado e em maior rapidez que a aplicação subcutânea) na face anterolateral da coxa a cada cinco a dez minutos. **É a primeira medicação a ser administrada ao paciente.**

Administrar prometazina via intramuscular na dose de 50 mg IV. **É a segunda medicação a ser administrada ao paciente.** Os anti-histamínicos não possuem ação sobre o processo já desencadeado e não tem ação sobre os outros mediadores como os leucotrienos que tem maior importância até que a histamina.

Obter acesso venoso periférico calibroso.

Administrar metilprednisolona na dose de 125 mg IV ou dexametasona via IM ou prednisona 40 mg via oral (em casos de menor gravidade). **É a**

terceira medicação a ser administrada ao paciente.

Iniciar a reposição volêmica em pacientes hipotensos com bolus intravenoso de 20 ml/kg de solução cristalóide.

Administrar cinco a dez mililitros de solução 1: 10.000 de adrenalina por via intravenosa caso o laringoespasmo seja intenso ou o paciente se apresente hipotenso.

Iniciar infusão contínua de dopamina com 5 µg/kg/min até a dose de 20 µg/kg/min se a hipotensão persistir.

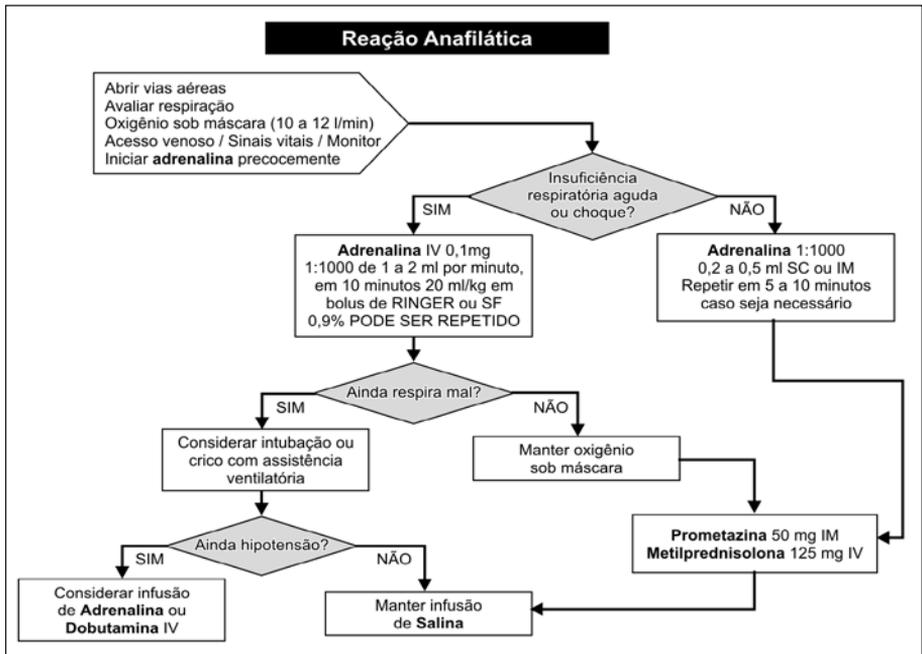
Substituir a dopamina por adrenalina em casos refratários na dose de 0,1 a 3,0 µg/kg/min.

Lembrar que os corticosteróides não possuem ação rápida para a reversão do quadro, mas podem reduzir a incidência de reações bifásicas que ocorrem em até 25% dos pacientes.

Manter continuamente monitorizados o ritmo cardíaco, oximetria e pressão arterial não invasiva.

Transferir o enfermo para unidade intensiva em ambulância UTI.

d. ALGORITMO DA REAÇÃO ANAFILÁTICA



Algoritmo de atendimento a pacientes com reação anafilática.