

Ambiente látex seguro: relato de dois casos

Latex safe environment: report of two cases

Renato Machado Coelho Filho¹, Cláudia Helena Ribeiro Silva², Wirleyde Mattos Leão²,
Núbia Campos Faria Isoni², Marcelle Mafra de Queiroz³, Magna Adaci de Quadros Coelho⁴

DOI: 10.5935/2238-3182.2014S017

RESUMO

Introdução: a anafilaxia é a forma mais grave de manifestação alérgica e constitui verdadeira emergência médica. A alergia ao látex aumentou muito nos últimos 30 anos, paralelamente ao emprego de produtos derivados no ambiente da saúde, com especial destaque para as luvas. Simultaneamente, medidas preventivas e terapêuticas surgiram no âmbito da Anestesiologia para o adequado manejo de pacientes suscetíveis à alergia ao látex, desde a avaliação pré-anestésica, até a alta hospitalar. A magnitude das reações ao látex varia desde inofensivas placas cutâneas, até o dramático colapso cardiovascular.¹ **Objetivo:** descrever a abordagem pré-operatória de dois pacientes alérgicos ao látex, com ênfase no preparo da sala de cirurgia látex seguro (“*latex free*”) na Santa Casa de Belo Horizonte e fazer breve revisão bibliográfica sobre a alergia ao látex e suas implicações para o anestesiológico. **Métodos:** foram selecionados dois casos recentes, abordados em março e abril de 2012, e solicitada autorização por escrito dos pacientes. Para a revisão bibliográfica, foram procuradas publicações indexadas nacionais e estrangeiras sobre o tema. **Conclusão:** a alergia ao látex representa um problema real, de incidência de 0,2% na população geral, sem considerar os indivíduos com fatores de risco. Assim, medidas preventivas e terapêuticas devem ser do conhecimento do anestesiológico, para o adequado manejo de pacientes suscetíveis. Nesse contexto, merece especial destaque o ambiente látex seguro como principal alternativa preventiva.

Palavras-chave: Anafilaxia; Hipersensibilidade ao Látex; Hipersensibilidade ao Látex; Complicações Intraoperatórias; Anestesiologia.

ABSTRACT

Introduction: Anaphylaxis is the most severe form of allergic manifestation and constitutes a true medical emergency. Allergy to latex has increased a lot in the last 30 years parallel to the use of derivative products in healthcare environments with particular emphasis on gloves. At the same time, preventive measures and therapies have emerged within the Anesthesiology field for the appropriate management of patients with allergy to latex, from the pre-anesthetic assessment to hospital discharge. The magnitude of the reactions to latex range from harmless skin plates to dramatic cardiovascular collapse.¹ **Objective:** to describe the preoperative approach in two patients allergic to latex, with emphasis on the preparation of an operating room as latex safe (“*latex free*”) at the Santa Casa de Belo Horizonte and to present a brief bibliographical review about latex allergy and its implications for the anesthesiologist. **Methods:** we selected two recent cases, in March and April of 2012, and requested written consent from these patients. The literature review included a search of indexed domestic and foreign publications on the topic. **Conclusion:** latex allergy represents a real problem with 0.2% incidence in the general population, without considering individuals with risk factors. Thus, preventive and therapeutic measures should be known to the anesthesiologist for the appropriate management of susceptible patients. Therefore, latex safe environments deserve special mention as the main preventive alternative.

Instituição:

Santa Casa de Misericórdia
Belo Horizonte, MG – Brasil.

Autor correspondente:

Renato Machado Coelho Filho
E-mail: renato23021986@hotmail.com

Key words: Anaphylaxis; Latex Hypersensitivity; Intraoperative Complications; Anesthesiology.

INTRODUÇÃO

Com a descoberta de doenças infectocontagiosas, medidas de biossegurança foram cada vez mais adotadas nos últimos 30 anos, sobretudo com a dispersão de entidades clínicas como a síndrome da imunodeficiência adquirida e hepatites.¹ Nesse contexto, o emprego de luvas de látex e preservativos foi amplamente incentivado, o que representou um estímulo à sensibilização de pacientes e de profissionais da área da saúde com o aparecimento de um problema clínico – a alergia ao látex. Também colaboraram para essas manifestações as alterações no processamento e fabricação da borracha que provocou alterações qualitativas com aumento do conteúdo proteico alergênico do látex.^{2,3}

Após discussões científicas e reconhecimento desse problema de saúde emergente, diversos países programaram medidas preventivas e educativas para evitar o risco nos grupos expostos¹. Embora a associação do látex em luvas descartáveis seja a mais recorrente, esse constituinte pode também compor dispositivos de via aéreas, cateteres venosos, seringas, estetoscópios, roupas e curativos sintéticos, além de outros 40.000 produtos de uso médico ou não, passíveis de sensibilizar diretamente por via mucosa, cutânea ou percutânea.¹

O látex é uma substância produzida por células lactíferas de árvores, com destaque especial para a seringueira ou *Hevea brasiliensis*, 99% das espécies utilizadas.¹ É composto de lipídios, fosfolipídios e proteínas. As últimas perfazem 1 a 2% e cerca de 240 polipeptídeos diferentes já foram identificados. Destes, 25% têm propriedades alergênicas e são responsáveis pela estimulação imunológica e produção do anticorpo IgE.³ Durante a vulcanização, à parte natural são adicionados antioxidantes e aditivos químicos aceleradores para comporem o látex, que é matéria-prima para a síntese dos mais diversos produtos médico-hospitalares.¹ Esses outros aditivos também exibem potencial irritativo, no entanto, não desempenham papel alergênico significativo, como as proteínas.¹

As manifestações clínicas das reações relacionadas ao látex variam de não imunológica – dermatite de contato irritativa (DCI) – a imunológica – (hipersensibilidade tipo IV e I) – dermatite alérgica de contato, urticária e angioedema.^{2,4}

A reação alérgica tipo I pode também se apresentar como asma, rinite, conjuntivite até a forma clássica de anafilaxia.³ A anafilaxia provocada pelo látex é citada em determinados estudos como segundo agente entre eventos alérgicos perioperatórios entre adultos, depois dos relaxantes neuromusculares e seguidos pelos antibióticos β -lactâmicos em geral^{4,5}; e como primeiro, para pacientes pediátricos. Pode acontecer no intraoperatório ou horas após e, conforme a magnitude, ser fatal.⁴

As reações cutâneas como a DCI, provocadas pelos outros componentes associados ao látex, podem ser fator de risco para a sensibilização alérgica, deflagrando reação tardia ou imediata potencialmente fatal, como o choque anafilático.^{1,2} No entanto, um indivíduo pode vir a experimentar franca anafilaxia, sem nunca ter tido alguma manifestação cutânea prévia, pois a sensibilização também ocorre através partículas inaladas.^{2,3}

O evento anafilático relacionado ao látex é, como qualquer outro, uma emergência médica. Requer medidas imediatas pelo anesthesiologista. Mediado pelo anticorpo IgE, surge como reação multissistêmica, com manifestações cutâneas (angioedema, eritema, exantema, urticária); respiratórias (dispneia, sibilos, roncos); cardiovasculares (hipotensão, taquicardia, arritmias) e neurológicas (confusão mental).^{1,2,6} No entanto, no intraoperatório, é uma causa difícil de determinar, sem contar com a história prévia do paciente e principalmente quando se considera o número de substâncias potencialmente alergênicas empregadas pelo anesthesiologista (bloqueadores neuromusculares, antibióticos, coloides, hemoderivados, anti-inflamatórios, analgésicos, soluções antissépticas). O fato de o paciente ficar encoberto por campos cirúrgicos e sedado dificulta a percepção de manifestações cutâneas pela inspeção e pela queixa do prurido, respectivamente. Portanto, o sinal mais sensível de anafilaxia percebido pelo anesthesiologista é a taquicardia.^{7,8}

Os pacientes com mais risco de desenvolverem alergia ao látex incluem crianças com história de múltiplas cirurgias prévias, como portadores de malformação urinária, mielomeningocele e espinha bífida, e profissionais da área de saúde. Merecem destaque especial pacientes que já demonstram sinais de hipersensibilidade ao látex ou mesmo quando possuem exames laboratoriais e testes cutâneos positivos.³ Em estudo, estimou-se a prevalência de sensibilização ao látex, entre anesthesiologistas, de 12,5%.⁴ Quando há

dados que sugerem sensibilização associada a atopias, as chances de alergia ao látex aumentam, além da última ser uma condição de pior prognóstico para eventos anafiláticos no geral. A coexistência de alergia a alimentos como abacate, kiwi, banana e castanhas e sensibilidade cruzada com o látex é bem estabelecida e denominada “síndrome látex-fruta”.^{2,5} No grupo de risco dos profissionais de saúde com alergia ao látex e entre aqueles que exibiram anafilaxia ao látex, essa síndrome é elevada, o que difere das crianças com espinha bífida cuja prevalência de “síndrome látex-fruta” é menor.⁸ É importante avaliar pacientes que já relataram evento anafilático prévio em cirurgias sem identificar o alérgeno ou que o identificaram como látex, pois esses eventos podem ser fatores de risco para novas reações.^{6,9} Também devem ser analisados com mais critério os relatos de angioedema labial ou sintomas relacionados à alergia após tratamento odontológico.⁶

Vale ressaltar que há duas situações para o paciente: ser sensível ou ter alergia ao látex. A sensibilidade pode ser determinada por testes diagnósticos *in vivo* (testes cutâneos ou provas de provocação) e/ou laboratoriais com dosagem do IgE específico para as proteínas do látex. O diagnóstico da alergia ao látex é fundamentado na história clínica e confirmado pelos testes em indivíduos hipersensíveis.²

As características da reação e a forma de exposição ao látex são necessárias para o entendimento do quadro apresentado, pois não é necessário contato direto com as substâncias, embora seja essa a maior forma de estímulo.¹ Dos vários peptídeos isolados, 14 têm o poder de dispersão no ar.¹ Assim, tais partículas podem estimular o paciente, seja por via aérea ou mesmo ao precipitarem aerossóis em área cruenta na incisão operatória. A simples presença do látex na sala de cirurgia constitui um risco aos indivíduos suscetíveis, ainda que não esteja em contato direto. Dessa forma, surge a necessidade de um ambiente livre de látex.⁸⁻¹¹

O conceito de ambiente livre de látex vai além da sala de cirurgia. Não pode conter algum material de látex, incluindo aparelho de anestesia e de monitorização, mesa cirúrgica, móveis, luvas, drenos, sondas, cateteres, instrumental, seringas, torniquetes, entre outros. Esses itens devem ser substituídos por similares feitos com vinil e outros derivados do petróleo, metal ou vidro. O item cuja constituição não seja de conhecimento da equipe deve ser removido e, quando inevitável e desconhecido, como a superfície na qual o paciente estará deitado, deve ser devidamente forrada com lençóis de algodão. Deve-se optar por equipamentos de PVC sem injeto-

res laterais ou, se houver, não utilizá-los; dar preferência às ampolas de vidro, sem perfurar a borracha isolante de frascos convencionais. Na sua existência, utilizar um porta-agulhas para romper o lacre metálico, expondo o conteúdo sem perfurar a borracha isolante.^{1,11,12}

A sala de cirurgia “livre de látex” deve ser preparada idealmente na noite anterior e serem colocados no seu interior o máximo dos itens previstos para seu emprego, para se evitar a abertura de sua porta, a qual deve ser fechada ao ser montada, com o ar-condicionado cuja tubulação não seja comunicante com as demais salas de cirurgia. Tanto a equipe médica, anestesiológicas e cirurgiões como a enfermagem devem ter esse paciente como o primeiro da manhã. Não devem ter tido contato com látex nesse dia, para se evitar a impregnação de partículas antigênicas na roupa.^{1,11,13}

A atenção ao contato desse paciente com o látex deve ser estendida para além do bloco cirúrgico. Considerar que a maca de transporte deve ser higienizada previamente, forrada com tecido de algodão e que o funcionário responsável pela movimentação não utilize luva de látex, bem como o indivíduo encarregado da higienização do ambiente na noite anterior.

Um ambiente totalmente livre de látex é difícil de ser atingido em sua forma plena, pois demanda conscientização e esclarecimento de toda a equipe com médicos, enfermeiros, técnicos, farmacêuticos, equipe de limpeza, nutricionistas e pessoal encarregado pelo preparo e condicionamento de alimentos, os quais normalmente usam luvas e manipulam outros alimentos potencialmente relacionados à “síndrome látex fruta”.^{1,5}

O ambiente livre de látex é uma importante medida preventiva e está indicado a todos os indivíduos documentados como sensibilizados ou alérgicos e àqueles considerados como grupo de risco que apresentarem história sugestiva de anafilaxia durante procedimentos cirúrgicos e/ou odontológicos.

Para os pacientes com indicação de cirurgias eletivas, a consulta pré-anestésica é um momento crucial para se extraírem dados relacionados à alergia e aos alimentos passíveis de reação cruzada com látex ou eventos clínicos de anafilaxia em procedimentos anteriores. Em caso de suspeita de alergia, o anestesiológico deve encaminhar o paciente ao serviço de imunologia clínica, para tentar, a partir de métodos específicos, definir o grau de sensibilidade e orientações adequadas. Em cirurgias de emergência, para pacientes que apresentam o relato de alergia a látex ou história de anafilaxia em cirurgias anteriores, cujo agente é desconhecido, recomenda-se realizar o ato em sala *latex free*.⁴

Para os pacientes que apresentaram anafilaxia ou choque anafilático durante o ato anestésico-cirúrgico, deverá ser oferecida uma cópia do boletim de anestesia, contendo o nome químico e comercial, dosagem e horário da infusão de todas as substâncias utilizadas no perioperatório para auxiliar o alergista que realizará a investigação no mínimo 30 dias após evento.^{4,9}

O tratamento da anafilaxia deflagrada pelo látex é idêntico àquele destinado a qualquer agente e deve obedecer ao estágio clínico:

- grau I: apenas manifestações cutâneas, pode-se proceder à observação ou empregar glicocorticoide para reduzir angioedema e prurido.¹³
- grau II: manifestações cutâneas e/ou respiratórias e/ou cardiovasculares sem choque (pressão arterial sistólica acima de 90, abordagem idêntica ao grau I; se tendência à hipotensão, pode-se empregar adrenalina, mas não é mandatória. Além disso, recomenda-se ofertar oxigênio a 100% suplementar, hidratação e posição de Trendelenburg.¹³
- grau III: pode apresentar manifestações contidas em I e II, com hipotensão, pressão arterial sistólica inferior a 90, associada à taquicardia. O uso de adrenalina está formalmente indicado, associado às medidas anteriores.¹³
- grau IV: quando recrudescer com parada cardiovascular. Uso de adrenalina é mandatório.¹³⁻¹⁵

O uso da adrenalina diante de choque anafilático é mandatório. É a droga de escolha, uma vez que representa o antagonista fisiológico da histamina, principal mediador da anafilaxia. Por sua estimulação beta, consegue ativar a adenilciclase, aumenta o AMP cíclico intracelular e, assim, evita a degradação de mastócitos e basófilos.¹³ Dessa forma, a adrenalina é capaz de reduzir as manifestações da anafilaxia e evita o aumento de sua intensidade, já que inibe a liberação de mediadores de anafilaxia.¹³⁻¹⁵ Para pacientes que utilizam beta-bloqueadores, a resposta à adrenalina pode ser ineficaz ou ausente, quando o emprego do glucagon está indicado, já que este estimula a adenilciclase, sem a participação do receptor beta. Quando o choque se mostra refratário, usar adrenalina contínua ou noradrenalina ou metaraminol.^{13,15,16}

Os glicocorticoides compõem o arsenal terapêutico, mas não têm posição imperativa no choque anafilático, já que seu mecanismo de ação é por transrepressão nuclear e lento. A hidrocortisona tem pico de ação em quatro horas, a metilprednisona em 30 minutos.¹³

Os anti-histamínicos podem ser utilizados em graus leves de anafilaxia. Não há grau de evidência que recomende o seu emprego em choque anafilático.¹⁷

A pré-medicação com glicocorticoide e anti-histamínico defendida por algumas fontes não tem evidência que corrobore seu emprego. Inclusive, pode mascarar as manifestações de anafilaxia no perioperatório.¹³⁻¹⁵

Além das medidas citadas, a observação pós-evento é fundamental para garantir a segurança do paciente. Existe a forma bifásica da anafilaxia, a qual pode se mostrar com intensidade igual, inferior ou superior à manifestação inicial. Há autores que recomendam tempo mínimo de oito horas de observação, embora já tenham sido citados casos fatais da forma bifásica com até 24 horas do evento-índice.¹³

Há autores que defendem a coleta de sangue da veia femoral para dosagem de histamina e/ou triptase sérica para aqueles pacientes que vieram a óbito e há suspeita de anafilaxia. Essas evidências laboratoriais têm alto valor preditivo positivo para confirmar o diagnóstico. Essas amostras seriam então congeladas para posterior análise clínica, se o serviço não dispuser de kits laboratoriais específicos.^{4,17}

O anestesiológico é o médico que potencialmente apresenta mais chance de presenciar uma anafilaxia. Nesse contexto, fazem parte de suas funções estar atento e reverter o quadro, como também dar seguimento ao paciente acometido no perioperatório, ao encaminhá-lo para ambulatórios de imunologia clínica para investigação das causas de anafilaxia.^{4,17,18}

RELATO DE CASO _____

Caso I

Paciente feminino, 69 anos, PII, candidata a histerectomia, ooforectomia, linfadenectomia paraórtica e omentectomia, por conta de neoplasia de corpo uterino em março de 2012. Portadora de asma persistente moderada, hipertensão arterial controlada e diabetes *mellitus*. Há o relato de reação anafilática grave, com choque durante colecistectomia via laparotômica há 14 anos, fato que foi investigado pelo alergista, em que houve sugestão de hipersensibilidade ao látex por teste cutâneo. Houve, pois, um relatório do alergista sugerindo alergia ao látex. Para corroborar a evidência clínica, a mesma paciente já exibira angioedema de lábios durante tratamento

odontológico. Não havia história de alergias alimentares, nem de exposição ocupacional concisa. A cirurgia atual já havia sido cancelada por duas vezes nas últimas semanas em outro serviço.

Optamos pela raquianestesia, com 20 mg de bupivacaína pesada, 30 mcg de clonidina, 100 mcg de morfina. Sedada com midazolam e fentanil. A antibioprofilaxia foi feita com 2 gramas de cefazolina, com a paciente acordada e antes do bloqueio do neuroeixo e da sedação. Sondada com cateter vesical de demora, feito de silicone, bem como todo o material utilizado era destituído de látex.

Para melhor acompanhamento pós-operatório, foi solicitada vaga no Centro de Terapia Intensiva (CTI) pós-operatório da Santa Casa de Belo Horizonte e antes havia sido informado à equipe do CTI para a preparação do leito, isolado, sem itens de látex, o que foi devidamente atendido. No CTI foram transfundidos 300 mL de concentrado de hemácias, em virtude de queda da hematimetria pós-cirurgia, em que a hemoglobina inicial foi de 12 g/dL e final 6,8. A despeito disso, durante o ato manteve-se predominantemente estável. Realizou-se apenas *bolus* de efedrina totalizando 75 mg. A hidratação foi feita com solução fisiológica a 0,9% aquecida.

A paciente recebeu alta do CTI no segundo dia pós-operatório e do hospital com quatro dias de internação para seguimento com oncologista. É importante ressaltar que essa paciente iria ao Centro de Especialidades Médicas (CEM) para a retirada dos pontos. Antevendo isso, nosso serviço sugeriu o uso de luvas de procedimento de silicone pela equipe cirúrgica. Não houve sinais de hipersensibilidade durante sua estada na Santa Casa BH.

Caso II

Paciente feminino, 36 anos, PI, candidata à mampoplastia bilateral sob anestesia geral. Profissional da área de saúde, sem história prévia de eventos anafiláticos, apresentou dosagem IgE específico para o látex fortemente reator. Embora essa paciente nunca tenha experimentado qualquer manifestação de hipersensibilidade, esse exame havia sido solicitado pela equipe de cirurgia plástica, em virtude de uma experiência grave com alergia ao látex vivenciada pela equipe no passado. Tornou-se, portanto, para essa equipe, rotina solicitar dosagem de IgE para o látex indiscriminadamente.

Optamos pela anestesia geral balanceada, com sevoflurano, protóxido, remifentanil, propofol e cistacúrio. Para analgesia pós-operatória: cetoprofeno, dipirona e morfina. Sondada com cateter vesical de demora de silicone. Hidratada com solução salina a 0,9%. Todo o material utilizado era destituído de látex e a sala foi preparada na noite anterior, enfatizando-se que todo o circuito do aparelho de anestesia foi trocado, inclusive o reservatório de cal sodada. Ato transcorrido em oito horas e sem intercorrências. Encaminhada diretamente da sala de cirurgia (onde foi extubada e observada por 30 minutos) para o leito, preparado previamente sem látex. O tempo de permanência foi de dois dias no hospital, com alta, sem manifestações alérgicas.

DISCUSSÃO

A incidência de sensibilidade ou alergia ao látex é variável conforme a população estudada, bem como ocupação, mas há estudos que reportam até 6,4% de pessoas sensíveis ao látex.¹⁰ Em um intervalo de menos de um mês tivemos dois pacientes.

O ambiente livre de látex está indicado a todos com história documentada de alergia ao látex ou que apresentem sinais clínicos ou laboratoriais de sensibilização.^{13,15} Alguns estudos sugerem a abordagem preventiva precoce àqueles fortemente sujeitos à sensibilização futura, como crianças com malformação em vias urinárias, sondados por muito tempo, bem como os portadores de mielomeningocele e espinha bífida.¹⁵ Assim, desde a primeira abordagem, empregar-se ambiente livre de látex. A paciente I apresentou-se com quadro prévio de anafilaxia grave sugerida ao látex por testes cutâneos, enquanto a paciente do caso II somente apresentou um resultado de IgE fortemente reator. Como se tratava de história clínica compatível e investigada em I e de um exame válido em II, optamos por preparar uma sala livre de látex para ambos, na noite anterior, com cerca de 12 horas de antecedência.

Embora em I tenha-se apresentado parecer de alergista sugerindo alergia ao látex, adotamos também mais precaução nessa paciente. Assim, evitamos o emprego de bloqueador neuromuscular (principal causa de anafilaxia no peroperatório), administramos o antibiótico com a paciente acordada e antes de prosseguir ao bloqueio do neuroeixo. Não utilizamos coloides para a hidratação.^{8,13} Não existe

recomendação para evitar bloqueador neuromuscular em pacientes alérgicos a látex, mas optamos por evitá-lo dada a gravidade da anafilaxia anterior e pelo

fato de não ter sido realizado teste alérgico com esses medicamentos documentados no relatório fornecido pelo alergista (Figuras 1 e 2).

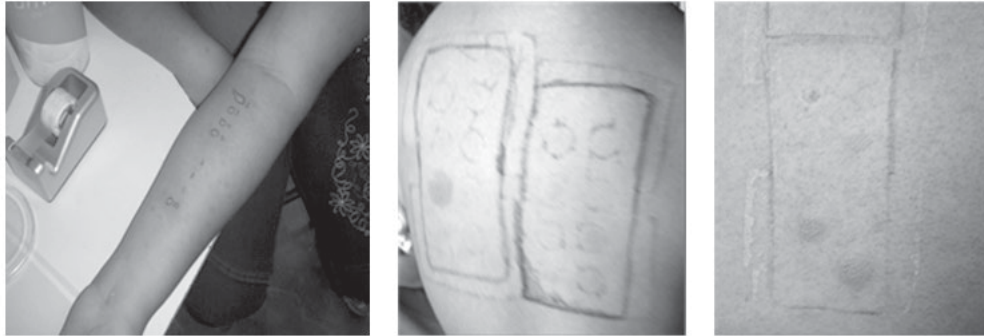


Figura 1 - Prick test: Teste em que é colocado em contato com a derme o antígeno pesquisado. No âmbito das possibilidades de fármacos e substâncias do ambiente anestésico cirúrgico, seriam testados todas, inclusive o látex e a induração cutânea comparada com os grupos controle, em que são inoculados separadamente água e Histamina. Assim, conforme tamanho da induração cutânea, recai-se a suspeita alérgica. O ideal é que seja pesquisado, pelo menos 30 dias após o evento alérgico suspeito.¹⁵

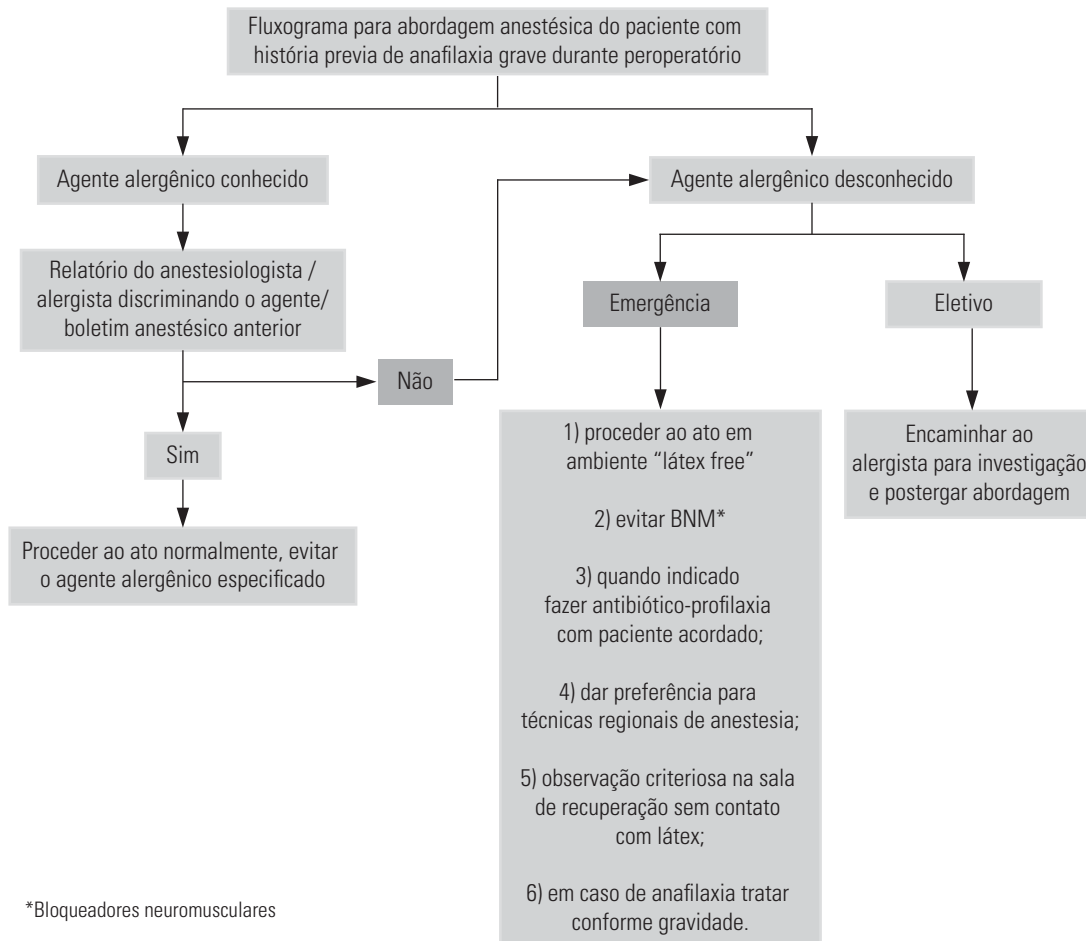


Figura 2 - Fluxograma sobre abordagem de pacientes com história prévia de anafilaxia em ato anestésico-cirúrgico anterior.

O preparo do ambiente livre de látex é muito difícil, ainda mais ao se considerarem os antígenos que se dispersam no ar. Para os dois casos, foram preparadas as salas na noite anterior e deixamos as salas cirúrgicas com porta fechada, orientando os cirurgiões e técnicos de que deveria ser o primeiro paciente do dia e quanto à proibição de contato com látex na manhã.¹⁸

Na sala de cirurgia, todo o material de anestesia, cirurgia e de monitorização deve ser destituído de látex.^{1,13} A mesa de cirurgia foi devidamente forrada com lençóis de algodão, como também o foi toda a superfície em que pairava a dúvida sobre a possibilidade da presença de látex na constituição da superfície, como cadeiras e mesas.¹⁸

Os antígenos do látex são também dispersáveis. Não é preciso o contato direto com o corpo do paciente para se deflagrar a anafilaxia.^{1,6,9} Assim, toda a equipe foi devidamente orientada e os itens removidos da sala na noite anterior. A punção venosa dos pacientes foi feita na sala de cirurgia, sem o auxílio de garrotes.

A conscientização do ambiente livre de látex para o paciente deve abranger equipe multidisciplinar. Em nosso serviço, a enfermagem do bloco de cirurgia e dos

leitos foram devidamente informados para que houvesse o preparo de ambientes o mais próximo do “livre de látex” para as pacientes relatadas.^{15,18} Posteriormente, foram ministradas aulas para médicos anesthesiologistas, enfermeiros, farmacêuticos, técnicos de limpeza sobre a importância da abordagem correta do paciente suscetível à alergia ao látex. Houve, assim, a listagem de alguns itens para compor quites para esse tipo de paciente, os quais já deveriam ser montados caso houvesse a necessidade de novos ambientes livres de látex futuros. Instituímos um *check-list* específico (Tabela 1).

CONCLUSÃO

A alergia ao látex, como qualquer outra, é uma entidade potencialmente grave que deve ser sempre atendida pelo anesthesiologista.^{4,16} Cabe a esse profissional instituir medidas de prevenção e tratamento dessa entidade clínica. Nesse contexto, ações como programar um ambiente “*latex free*”, identificar fatores de risco e estabelecer programas de orientação de toda a equipe do serviço são de suma importância.

Tabela 1 - Check List – Cirurgia Látex Free

Santa Casa de Belo Horizonte		
Data: // sala:		
Item	Sim	Não
É a primeira cirurgia do dia?		
Foi realizada limpeza terminal da sala?		
A sala foi montada no dia anterior?		
Após a limpeza terminal e montagem da sala, a porta permaneceu fechada durante todo o plantão noturno?		
A mesa cirúrgica e as cadeiras foram totalmente cobertas com lençóis?		
Realizada a troca da caixa de pérfuro cortante?		
Providenciada a pinça para retirar as tampas dos medicamentos vedados com material de borracha?		
Kit de anestesia de material de silicone dentro da sala?		
Providenciado manguito de pa em material látex free?		
Protegidas com algodão as partes em borracha dos materiais e/ou equipamentos que são necessários para o procedimento e que são insubstituíveis?		
Porta da sala de cirurgia devidamente identificada com os dizeres: <i>cirurgia látex free-favor não entrar</i> ?		
Trocada a cal sodada?		
O kit da farmácia e o kit de anestesia para a cirurgia látex free foram solicitados e estão na sala desde a noite anterior?		
A recuperação pós anestésica do paciente será feita na sala de cirurgia?		
O acesso venoso foi puncionado sem o uso de garrote?		
O CTI ou unidade de internação para onde o paciente será encaminhado foi comunicado sobre a necessidade de preparar o leito com as especificações de látex free?		
A equipe médica está toda ciente do que representa um ambiente latex free?		
Assinatura e carimbo do anesthesiologista responsável		
Assinatura e carimbo do enfermeiro responsável		

Deve-se reforçar o conceito de que os antígenos do látex são vários e potencialmente dispersíveis e que não precisa necessariamente um contato direto do material de látex com o paciente para deflagrar a estimulação.^{1,4,9} Por fim, na história prévia de alergia durante ato anestésico cirúrgico e desconhecido o agente específico, o ambiente “*latex free*” também está indicado para abordagens emergenciais.^{4,17}

REFERÊNCIAS

- Abrams EM, Becker AB, Gerstner TV. Anaphylaxis related to avocado ingestion: a case and review. *Allergy Asthma Clin Immunol*. 2011; 7(1):12.
- Accetta PDJ, Klancnik M, Elms N, Wang ML, Hoffmann RG, Kurup VP, et al. Analysis of available diagnostic tests for latex sensitization in an at-risk population. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2012 Feb; 108(2):94-7.
- Filon FL, Radman G. Latex allergy: a follow up study of 1040 healthcare workers. *Occup Environ Med*. 2006 Feb; 63(2):121-5.
- Brown RH, Schauble JF, Hamilton RG. Prevalence of latex allergy among anesthesiologists: identification of sensitized but asymptomatic individuals. *Anesthesiology*. 1998 Aug; 89(2):292-9.
- Cabañas N, Igea JM, de la Hoz B, Agustín P, Blanco C, Domínguez J, et al. Latex Allergy: Position Paper. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2012; 22(5):313-30.
- Machado JA, Cunha RC, Oliveira BH, Silva J. Reação anafilática induzida por látex em paciente submetido à apendicectomia aberta: relato de caso. *Rev Bras Anesthesiol*. 2011 June; 61(3):363-6.
- Allarcon JB, Malito M, Linde H, Brito MEM. Alergia ao látex. *Rev Bras Anesthesiol*. 2003; 53(1): 89-96.
- Kroigaard M, Garvey LH, Gillberg L, Johansson SG, Mosbech H, Florvaag E, et al. Scandinavian Clinical Practice Guidelines on the diagnosis, management and follow-up of anaphylaxis during anaesthesia. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2007 Jul; 51(6):655-70.
- Gawchik SM. Latex allergy. *Mt Sinai J Med*. 2011 Sep-Oct; 78(5):759-72.
- Gaspar A, Faria E. Alergia ao látex. *Rev Port Imunoalergologia*. 2012 Jul; 20(3):173-92.
- Kemp SF, Lockey RF, Simons FE; World Allergy Organization ad hoc Committee on Epinephrine in Anaphylaxis. Epinephrine: the drug of choice for anaphylaxis. A statement of the World Allergy Organization. *Allergy*. 2008 Aug; 63(8):1061-70.
- McIntee J. Dental local anaesthetics and latex: advice for the dental practitioner. *Dent Update*. 2012 Sep; 39(7):508-10.
- Quadros-Coelho MA, Coelho RM, Coelho MA, Alencar GG, Marques PQ, Solé D. Reações anafiláticas em serviço de urgência: tratamento farmacológico em 61 pacientes. *Rev Bras Alerg Imunopatol*. 2010; 33(5): 199-202.
- Mertes PM, Lambert M, Guéant-Rodriguez RM, Aimone-Gastin I, Mouton-Faivre C, Moneret-Vautrin DA, et al. Perioperative anaphylaxis. *Immunol Allergy Clin North Am*. 2009 Aug; 29(3):429-51.
- Moneret-Vautrin DA, Mertes PM. Anaphylaxis to general anesthetics. *Chem Immunol Allergy*. 2010; 95:180-9.
- Soar J, Deakin CD, Nolan JP, Abbas G, Alfonzo A, Handley AJ, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2005 Section 7. Cardiac arrest in special circumstances. *Resuscitation*. 2005 Dec; 67 (Suppl 1):S135-70.
- Sussman G, Gold M. Guidelines for the Management of Latex Allergies and Safe Latex Use in Health Care Facilities. Arlington Heights, IL: American College of Allergy, Asthma & Immunology; 1996. 56p. [Cited 2013 Sept 15]. Available from: <http://www.aaaai.org/allergist/allergies/Types/latex-allergy/Pages/latex-allergies-safe-use.aspx>
- Hospital Albert Einstein. Protocolo ambiente látex free Hospital Albert Einstein, diretrizes assistenciais. [Citado em 2013 Set 15] Disponível em: <http://www.einstein.br/Hospital/cirurgia/Paginas/protocolos-e-diretrizes-assistenciais.aspx>