

recomendações

Atualização de Condutas em Pediatria

Departamentos Científicos SPSP
Gestão 2016-2019

79

Março
2017



**Departamento de
Reumatologia**

Doença de
Kawasaki

**Departamento de
Dermatologia**

Aspectos úteis
no diagnóstico
diferencial dos
exantemas

**Departamento de
Alergia e Imunologia**

Anafilaxia



Diretoria de Publicações
Sociedade de Pediatria de São Paulo

www.spsp.org.br

Anafilaxia

Anafilaxia é uma emergência médica caracterizada como uma reação de hipersensibilidade generalizada grave, muitas vezes fatal, mediada por mecanismos imunológicos e não-imunológicos.¹

Sua prevalência é estimada entre 1,6 a 5%. Os principais agentes desencadeantes na faixa etária pediátrica são os alimentos (leite, soja, ovo, amendoim, peixes e frutos do mar) seguidos dos medicamentos (antibióticos, especialmente os beta-lactâmicos e anti-inflamatórios não esteroidais), veneno de inseto e outros (componentes de vacina, contrastes radiológicos, látex, agentes físicos e o exercício físico que geralmente se associa a ingestão de alimento).

Quando não se encontra o fator desencadeante, depois de uma extensa investigação, é considerada anafilaxia idiópática, ou seja, um diagnóstico de exclusão.

Autores:

Vera Esteves Vagnozzi Rullo,
Cristina Frias Sartorelli de Toledo
Piza, Marcos Tadeu Nolasco da
Silva e Tim Markus Müller

DEPARTAMENTO DE ALERGIA E IMUNOLOGIA

Gestão 2016-2019

Presidente:

Vera Esteves Vagnozzi Rullo

Vice-presidente:

Marcos Tadeu Nolasco da Silva

Secretário:

Cristina Frias Sartorelli

Membros:

Ana Beatriz Soares, Adriana Gut
Lopes Riccetto, Ângela Bueno F.
Fomin, Antonio Zuliani, Cristina
Miuki Abe Jacob, Fátima Rodrigues
Fernandes, Helena Landin G.
Cristóvão, Joaquina Maria de Melo
Corrêa, Joelma Gonçalves Martin,
Lúcia Maria de O. R. B. Guirau,
Magda Maria Sales C. Sampaio,
Maria do Socorro Guedes, Maria
Marluze dos S. Vilela, Pêrsio Roxo
Junior, Patrícia Polles de Oliveira
Jorge, Tim Markus Muller.

Como reconhecer?

O diagnóstico da anafilaxia é essencialmente clínico. A história deve incluir o contato com possíveis alérgenos, tempo entre a exposição e o desenvolvimento da reação, evolução dos sinais e sintomas, além da presença ou não de reações prévias semelhantes.²

Os sintomas podem acometer qualquer órgão ou sistema e os mais comumente afetados são a pele e o trato respiratório (>90% e 60% respectivamente). Especial atenção deve ser dada aos lactentes, pois não conseguem relatar seus sintomas (aperto na garganta ou tontura) e, ainda, o pediatra pode apresentar dificuldade na percepção dos mesmos (irritabilidade, alteração de comportamento, choro inconsolável, regurgitação e incontinência).^{3,4}

Segundo as diretrizes internacionais, a anafilaxia é altamente provável quando baseada em três cenários clínicos⁵: na ausência de um alérgeno conhecido ou suspeito, depois da exposição a um alérgeno provável e após a exposição a um alérgeno conhecido.

1. Na ausência de um alérgeno conhecido ou suspeito.

Nesse caso deve-se considerar:

- Doença de início agudo (minutos a horas) com envolvimento de pele, tecido celular subcutâneo ou ambos (exemplo: urticária generalizada, prurido ou rubor facial, edema de lábios, língua e úvula), associada a, no mínimo, um dos critérios seguintes:
 - a. Comprometimento respiratório (exemplo: dispneia, sibilância, broncoespasmo, estridor, redução do pico de fluxo expiratório, hipoxemia);
 - b. Redução da pressão arterial ou sintomas associados de disfunção terminal de órgão (exemplo: hipotonia-colapso, síncope, incontinência).

2. Depois da exposição a um alérgeno provável:

Se dois ou mais dos seguintes critérios abaixo ocorrerem rapidamente (minutos a horas):

- a. Envolvimento de pele-mucosa (exemplo: urticária generalizada, prurido ou rubor facial, edema de lábios, língua e úvula);
- b. Comprometimento respiratório (exemplo: dispneia, sibilância, broncoespasmo, estridor, redução do pico de fluxo expiratório, hipoxemia);
- c. Redução da pressão arterial ou sintomas associados de disfunção terminal de órgão (exemplo: hipotonia-colapso, síncope, incontinência);
- d. Sintomas gastrintestinais persistentes (exemplo: cólicas abdominais, vômitos).

3. Após a exposição a um alérgeno conhecido:

Se houver a redução da pressão sanguínea (minutos a várias horas):

- a. Lactentes e crianças: pressão sistólica baixa ou maior que 30% de queda na pressão sistólica definida como:
 - <70mmHg entre 1 mês e 1 ano
 - <70mmHg + (2 x idade) entre 1 e 10 anos
 - <90mmHg entre 11 e 17 anos;
- b. Adultos: pressão sistólica abaixo de 90mmHg ou queda maior que 30% do seu basal.

Como tratar?

O seu reconhecimento e intervenção devem ser imediatos.^{2,5,6} Quanto mais rápida for a instalação do quadro maior a probabilidade de reação grave ou fatal:

1. Inicialmente, avaliar: nível de consciência, vias aéreas superiores e inferiores, sistema cardiovascular, pele, sistema gastrointestinal. Considerar tonturas, dor de cabeça, cólicas, sensação de morte iminente e perda da consciência.
2. Eliminar a exposição do alérgeno suspeito.
3. Primeira linha de tratamento, administrar adrenalina 1/1.000 (1mg/mL) intramuscular na face anterolateral da coxa na dose de 0,01 mL/kg ou 0,01 mg/kg (no máximo de 0,5mg), podendo ser re-administrada mais duas vezes a cada 5-15 minutos, se for preciso.
4. Chamar por ajuda.

As ações seguintes devem ser rapidamente instituídas:

- Colocar, se possível, o paciente com os membros inferiores elevados (posição de Trendelenburg).
- Oxigenioterapia disponível.
- Acesso venoso disponível para, se necessário, reposição volêmica (20mL/kg de solução fisiológica NaCl 0,9% em bolus, máximo 100mL/kg).
- Anti-histamínico anti-H1 intravenoso (difenidramina 1mg/kg, máximo 40mg).
- Metilprednisolona 1 a 2mg/kg, máximo 60mg.
- Anti-histamínico anti-H2 ranitidina 2mg/kg intravenosa (segunda linha de tratamento).

A manutenção contínua da monitorização cardiocirculatória e respiratória é imprescindível:

- pressão arterial;
- perfusão orgânica;
- diurese;
- frequência e ritmo cardíaco;
- eletrocardiograma;
- oximetria de pulso.

A qualquer momento, se indicado (bradicardia intensa ou parada cardiorrespiratória), iniciar compressões torácicas.

cas e demais procedimentos de reanimação, de acordo com as diretrizes de Suporte Avançado de Vida em Pediatria.⁷

Havendo hipotensão persistente, recomenda-se o uso de adrenalina intravenosa (IV) na diluição de 1:10.000 (0,01mg/kg, máximo 1mg) ou em infusão contínua (0,1µg a 1µg/kg/minuto). Nos pacientes que não responderem à adrenalina ou sob uso de beta-bloqueador, recomenda-se o uso de Glucagon IV (0,02 a 0,03mg/kg, até 0,5mg/dose em menores de 20kg e 1mg/dose nos maiores de 20kg).

Caso não haja resposta e persista o quadro de hipotensão, recomenda-se o uso de vasopressina ou agentes simpatomiméticos agonistas alfa-1, em Unidade de Terapia Intensiva. Nos casos com sibilância associada, devem ser utilizados broncodilatadores por via inalatória.

O paciente deve ser mantido em observação no mínimo por 24 horas, devido a possibilidade de uma reação bifásica com recorrência dos sintomas de 8 a 12 horas após a reação inicial. No momento da alta hospitalar, poderão ser prescritos corticosteroides (prednisona ou prednisolona, 1mg/kg, até 40mg, uma vez ao dia) e anti-histamínicos H1 (2ª geração), ao menos por 72 horas, até o máximo de uma semana.

Quais as orientações para a prevenção da anafilaxia?

Para todos os pacientes deve-se elaborar um plano de ação, simples e direto, constando: identificação, descrição sucinta dos sintomas de anafilaxia, telefones de contato (serviço de emergência e familiares), orientação sobre a aplicação do dispositivo de adrenalina auto-injetável (DAAI) aos primeiros sintomas e doses por escrito dos medicamentos que devem ser utilizados (adrenalina, anti-histamínico e corticosteroide).⁵

Embora ainda não regulamentada no Brasil pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) as apresentações habituais dos DAAI possuem duas doses de 0,15mg (entre 10 e 25kg) ou 0,3mg (>25kg) que podem ser aplicadas através de roupas, com intervalo de 5 a 15 minutos. Recomenda-se para crianças <10kg doses individuais exatas (por exemplo: 0,05mg para criança de 5kg) (Figuras 1 e 2).⁸

Também deve ser fornecido um cartão de aviso para os pais e pacientes, informando exatamente sobre o que o paciente é alérgico. Além disso, recomendações específicas para cada caso como a leitura de rótulos dos alimentos, a não administração de medicamentos identificados como proibidos e evitar a exposição a insetos.



Figura 1

Referências:

1. Simons FE. World allergy organization survey on global availability of essentials for the assessment and management of anaphylaxis by allergy-immunology specialists in health care settings. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2010;104:405-12.
2. Lieberman P, Nicklas RA, Randolph C, Oppenheimer J, Bernstein D, Bernstein J, et al. Anaphylaxis practice parameter update 2015. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2015;115:341-84.
3. Sampson HA, Simons FE. Anaphylaxis: unique aspects of clinical diagnosis and management in infants (birth to age 2 years). *J Allergy Clin Immunol.* 2015;135:1125-31.
4. Ellis AK, Day JH. Diagnosis and management of anaphylaxis. *CMAJ.* 2003;169:307-11.
5. Irani AM, Akl EG. Management and prevention of anaphylaxis. *F1000Res.* 2015;4.
6. Colletti Jr J, Carvalho WB. Anaphylaxis knowledge among pediatric intensivists in Brazil: a multicenter survey. *J Intensive Care Med.* 2016 [Epub ahead of print].
7. Castro FM. Manual de suporte avançado de vida em anafilaxia e asma. São Paulo: Editora Atheneu; 2014.
8. Chipps BE. Update in pediatric anaphylaxis: a systematic review. *Clin Pediatr (Phila).* 2013;52:451-61.



Figura 2