

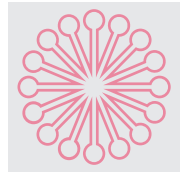


A. MENARINI PORTUGAL



ANAFILAXIA

DIAGNÓSTICO × TERAPÊUTICA





ANAFILAXIA

DIAGNÓSTICO • TERAPÊUTICA

ETIOLOGIAS MAIS FREQUENTES



ALIMENTOS

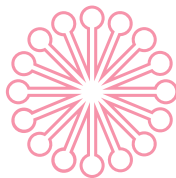
Leite, ovo, peixe, amendoim, frutos secos, crustáceos, frutos frescos (pêssego e outros frutos com caroço), sementes incluindo sésamo e outras, aditivos



FÁRMACOS

Antibióticos beta-lactâmicos, anti-inflamatórios não esteroides, miorrelaxantes, meios de contraste radiológico, opiáceos, anticorpos monoclonais, anestésicos, vacinas

LÁTEX E OUTROS ALERGÊNIOS OCUPACIONAIS



VENENOS DE ABELHA/ VESPA



AGENTES FÍSICOS

Frio, exercício





ANAFILAXIA

DIAGNÓSTICO • TERAPÊUTICA

QUANDO DEVO PENSAR EM **ANAFILAXIA**

DEVE CONSIDERAR-SE ANAFILAXIA COMO MUITO PROVÁVEL QUANDO EXISTA UMA REAÇÃO SISTÊMICA GRAVE, NA PRESENÇA DE **PELO MENOS UM DOS TRÊS CRITÉRIOS CLÍNICOS SEGUINTE**S:

1 Início súbito (minutos a poucas horas) com **envolvimento da pele e/ou mucosas** (ex. urticária, eritema ou prurido generalizado; edema dos lábios, da língua ou da úvula) e **peelo menos um** dos seguintes:

- a) Compromisso respiratório - dispneia, sibilância/brôncoespasmo, estridor, diminuição do FEV₁/PEF, hipoxemia
- b) Hipotensão ou sintomas associados de disfunção de órgão terminal - hipotonia [colapso], síncope, incontinência

2 Ocorrência de **dois ou mais** dos seguintes, rapidamente após exposição a um **alergénio provável para aquele doente** (minutos a poucas horas):

- a) Envolvimento da pele e/ou mucosas - urticária, eritema ou prurido generalizado; edema dos lábios, da língua ou da úvula
- b) Compromisso respiratório - dispneia, sibilância/brôncoespasmo, estridor, diminuição do FEV₁/PEF, hipoxemia
- c) Hipotensão ou sintomas associados - ex.: hipotonia [colapso], síncope, incontinência
- d) Sintomas gastrointestinais súbitos - cólica abdominal, vômitos

3 **Hipotensão após exposição a um alergénio conhecido** para aquele doente (minutos a poucas horas):

- a) Lactentes e crianças: PA sistólica reduzida (específica para a idade) ou diminuição da PA sistólica superior a 30%*
- b) Adultos: PA sistólica inferior a 90 mmHg ou diminuição do valor basal do doente superior a 30%

FEV₁ - volume expiratório forçado no primeiro segundo; PEF - débito expiratório máximo instantâneo; PA - pressão arterial

*PA sistólica diminuída para crianças é definida como: <1 ano idade - inferior a 70 mmHg; 1-10 anos - inferior a [70 mmHg + (2x idade)]; 11-17 anos - inferior a 90 mmHg



ANAFILAXIA

DIAGNÓSTICO • TERAPÊUTICA

QUE TIPO DE SINTOMAS SÃO MAIS PROVÁVEIS?



ADULTOS | SINAIS E SINTOMAS (%)

CRIANÇAS | SINAIS E SINTOMAS (%)

CUTÂNEOS

Urticária e/ou angioedema	85-90	72	Urticária
Flushing	45 - 55	55	Angioedema
Prurido (sem rash)	2 - 5	11	Prurido

RESPIRATÓRIOS

Dispneia, pieira ou broncoespasmo	45-50	83	Dificuldade respiratória ou respiração ruidosa
Edema língua, dificuldade em falar, disфонia ou edema laringe	50 - 60	59	Sibilância
Crises espirros, obstrução ou prurido nasal	15 - 20	33	Tosse irritativa
		11 - 13	Edema língua, dificuldade em falar, disфонia ou edema laringe

GASTRINTESTINAIS

Náuseas, vômitos, diarreia ou dor abdominal	25-30	29	Vômitos, diarreia ou dor abdominal (cólicas)
---	-------	----	--

CARDIOVASCULARES

Tonturas, síncope ou hipotensão	30 - 35	17	Palidez, síncope ou hipotensão
---------------------------------	---------	----	--------------------------------



ANAFILAXIA

DIAGNÓSTICO • TERAPÊUTICA

COMO SE DEVE CLASSIFICAR A GRAVIDADE DA REAÇÃO ANAFILÁTICA?

CLASSIFICAÇÃO	LIGEIRA	MODERADA	GRAVE
PELE	Prurido generalizado, <i>flushing</i> , urticária, angioedema	Sintomas anteriores	Sintomas anteriores
APARELHO GASTROINTESTINAL	Prurido orofaríngeo, edema labial, sensação de opressão orofaríngea, náuseas, dor abdominal ligeira	Sintomas anteriores + Dor abdominal intensa, diarreia, vômitos recorrentes	Sintomas anteriores + Perda de controlo de esfíncteres
APARELHO RESPIRATÓRIO	Rinite, sensação de opressão na garganta, broncospasmo ligeiro	Sintomas anteriores + Disfonia, tosse laríngea, estridor, dispneia, broncospasmo moderado	Sintomas anteriores + Cianose, satO ₂ <92%, paragem respiratória
APARELHO CARDIOVASCULAR	Taquicardia	Sintomas anteriores	Hipotensão, choque, disritmia, bradicardia grave, paragem cardíaca
SISTEMA NEUROLÓGICO	Ansiedade, alteração do nível de atividade	Sensação de lipotimia	Confusão, perda de consciência

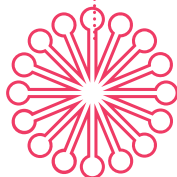


ANAFILAXIA

DIAGNÓSTICO • TERAPÊUTICA

PRINCIPAIS

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS



ENDOCRINOLÓGICOS

Hipoglicemia
Síndrome carcinoide
Tumores produtores de VIP
Feocromocitoma
Carcinoma medular da tireoide

NEURO- -PSIQUIÁTRICOS

Hiperventilação
Ansiedade/Crise de pânico
Síndromes convulsivas
Epilepsia
Síndrome de Munchausen

SITUAÇÕES PÓS-PRANDIAIS

Hipersensibilidade a monoglutamato/sulfitos
Escombroidose/outras intoxicações alimentares

RESPIRATÓRIOS

Laringospasmo
Agudização de asma
Aspiração de corpo estranho

CARDIOVASCULARES

Síncope vaso-vagal
Tromboembolismo pulmonar
Enfarte agudo do miocárdio
Disritmias
Choque cardiogénico

OUTRAS

Mastocitose sistêmica; leucemia de basófilos; leucemia promielocítica aguda; ingestão de álcool; síndromes peri ou pós-menopausa; síndrome do homem vermelho (vancomicina); síndrome de hiperpermeabilidade capilar; intoxicação por opiáceos





ANAFILAXIA

DIAGNÓSTICO • TERAPÊUTICA

ANAFILAXIA

ATITUDES E TERAPÊUTICA

ALGORITMO TERAPÊUTICO DA ANAFILAXIA: 1ª LINHA DE TRATAMENTO

REMOVER ALERGÊNIO CONHECIDO OU PROVÁVEL



AVALIAR

Vias aéreas (Airways), Respiração (Breathing), Circulação (Circulation), Estado de consciência (Disability), Pele (Exposure)



ADMINISTRAR ADRENALINA

solução aquosa 1:1000 (1 mg/mL » 1 mg=1 mL) I.M.

Adrenalina solução 1:1000 I.M.
0,01 mg/kg/dose (máximo 0,5 mg)

Local preferencial: face ântero-lateral da coxa



MEDIDAS GERAIS

POSICIONAR O DOENTE DE ACORDO
COM OS SINTOMAS/SINAIS APRESENTADOS:

PERDA DE CONSCIÊNCIA (A RESPIRAR) OU VÔMITOS
decúbito lateral

HIPOTENSÃO
decúbito dorsal com membros inferiores elevados (Trendelenburg)

DIFICULDADE RESPIRATÓRIA
semi-sentado (numa posição confortável para o doente)

GRAVIDEZ
decúbito lateral esquerdo
ADMINISTRAR O₂ SUPLEMENTAR (O₂ a 10-15 L/min; FiO₂ ~40-80%)

MONITORIZAR O DOENTE (frequência cardíaca, pressão arterial,
frequência respiratória, saturação de O₂)

Considerar colocação de acesso venoso periférico

Considerar colheita de sangue para triptase



ANAFILAXIA

DIAGNÓSTICO • TERAPÊUTICA

AS TERAPÊUTICAS SEGUINTES PODEM SER FEITAS CONCOMITANTEMENTE OU EM SEQUÊNCIA:

ADMINISTRAR ANTI-HISTAMÍNICO

Preferencialmente oral e não sedativo (até 4 vezes a dose diária)
Se necessário E.V. ou I.M.: Clemastina 0,025 mg/kg/dose (máximo 2 mg) ou Hidroxizina 1 mg/kg/dose (máximo 100 mg)

ADMINISTRAR CORTICOSTEROÍDE

Preferencialmente oral (Metilprednisolona ou Prednisolona 1-2 mg/kg/dose)
Se necessário E.V.: Hidrocortisona 4 mg/kg (máximo 200 mg) ou Metilprednisolona 1-2 mg/kg (máximo 250 mg)

REPETIR ADRENALINA I.M.

Se necessário repetir adrenalina I.M. de 5 em 5 minutos (até máximo de 3 administrações)

CONSIDERAR ACRESCENTAR:



SE BRONCOSPASMO

Salbutamol inalado:
aerossol pressurizado com dispositivo expensor, 50 µg/kg/dose; máximo 1000 µg
nebulização com 0,03 mL/kg/dose; mínimo 0,3 mL; máximo 1 mL
Se necessário **salbutamol E.V.:** 5 µg/kg; máximo 250 µg; em 30 minutos

SE HIPOTENSÃO

Fluidoterapia E.V. (soro fisiológico ou solução cristalóide, 20 mL/kg, máximo 1000 mL) em infusão rápida (10 a 20 minutos) - repetir se necessário

SE TERAPÊUTICA com beta-bloqueador ou hipotensão persistente

Glucagon E.V. (30 µg/kg/dose; máximo 1 mg)

ANTI-HISTAMÍNICO H₂

Ranitidina E.V. (1 mg/kg/dose; máximo 50 mg)

VIGILÂNCIA
(8 a 24 horas)



RESOLUÇÃO DOS SINAIS E/OU SINTOMAS?



Intensificar terapêutica



Foram tomadas todas as medidas adequadas à situação clínica (incluindo todos os fármacos e doses máximas)?

CUIDADOS INTENSIVOS

Considerar administração de adrenalina E.V., solução diluída (1:10.000) em perfusão lenta (0,1 µg/kg/minuto)



VIGIAR
pelo menos 24 horas



Após melhoria clínica mantida



EM QUALQUER ALTURA:

Se dificuldade respiratória/insuficiência respiratória refratária ou edema da glote



ENTUBAÇÃO
orotraqueal ou nasotraqueal

Se paragem cardiorrespiratória



SUORTE AVANÇADO DE VIDA

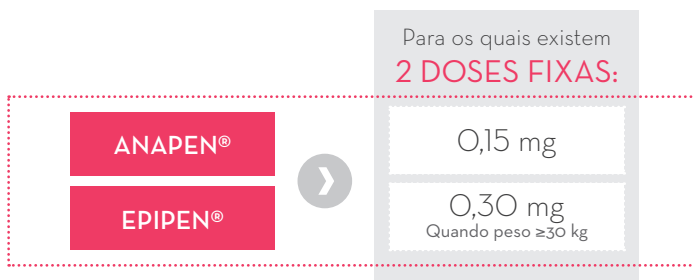


ANAFILAXIA

DIAGNÓSTICO • TERAPÊUTICA

DISPOSITIVOS PARA **AUTOADMINISTRAÇÃO DE ADRENALINA**

ESTÃO DISPONÍVEIS EM PORTUGAL, EM 2016,
**DOIS DISPOSITIVOS AUTO-INJETORES
DE ADRENALINA:**



A educação sobre o uso do dispositivo deve ser feita ao doente e/ou prestadores de cuidados. **As instruções de utilização do dispositivo podem ser consultadas em sites institucionais (www.anapen.com; www.epipen.co.uk; www.spaic.pt).**

Em caso de utilização do auto-injetor de adrenalina, o doente deve ser instruído para a necessidade subsequente de observação médica/ recurso a serviço de urgência.





ANAFILAXIA

DIAGNÓSTICO • TERAPÊUTICA

APÓS TRATAR, O QUE DEVO FAZER?

REGISTRAR NO CPARA E REFERENCIAR A IMUNOALERGOLOGIA

À ALTA

Prescrição de anti-histamínico oral não sedativo e corticoide oral

Informação sobre anafilaxia, sua prevenção
e medidas a tomar em caso de reação

Considerar prescrição de dispositivo de autoadministração
de adrenalina (e seu treino)

Registrar no CPARA
(Catálogo Português de Alergias
e outras Reações Adversas)

Referenciar para CONSULTA
DE IMUNOALERGOLOGIA

MEDIDAS DE PREVENÇÃO GERAIS

Evicção do agente causal (se identificado)

Plano de medicação com instruções por escrito

Considerar prescrição de dispositivo para autoadministração
de adrenalina (e seu treino)

Educação do doente/família/contactos

Controlo de comorbilidades: asma, DPOC, doença cardiovascular

Considerar paragem de beta-bloqueantes e IECA

REFERÊNCIAS: 1. Muraro A, Roberts G, et al. Anaphylaxis: guidelines from the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. *Allergy* 2014;69:1026-45. 2. Simons FE, Arduzzo LR, et al. World Allergy Organization guidelines for the assessment and management of anaphylaxis. *World Allergy Organ J* 2011;4:13-37. 3. Mota I, Pereira AM, et al. Abordagem e registo da anafilaxia em Portugal. *Acta Med Port* 2015;28:786-96. 4. Direção-Geral da Saúde. Anafilaxia: Abordagem Clínica. Norma nº 014/2012 de 16/12/2012 atualizada a 18/12/2014. 5. Direção-Geral da Saúde. Registo de Alergias e Reações Adversas. Norma nº 002/2012 de 04/07/2012 atualizada a 11/08/2015. 6. Gaspar A, Branco-Ferreira M. Anafilaxia. In: Taborda -Barata L (Eds.). *Fundamentos de Imunoalergologia*. Lisboa: Lidel Edições Lda; 2011:195-214. 7. Silva D, Gaspar A, et al. Anafilaxia em idade pediátrica: Do lactente ao adolescente. *Rev Port Imunoalergologia* 2013;21:157-75.