

	PROTOCOLO MÉDICO	Página: 1 de 10
	ANAFILAXIA	Código: MED.PR-028
		Implantação: 02/2018
		Revisão:
		Validade: 02/2020
Área: Médica		Versão: 1ª

Anafilaxia é uma reação sistêmica grave, aguda e potencialmente fatal, desencadeada por mecanismos de hipersensibilidade. Atualmente o diagnóstico da doença baseia-se no consenso do NIAID/FAAN (National Institute of Allergy and Infectious Disease and Food Allergy and Anaphylaxis Network) de 2005¹ – tabela 1. O termo “anafilactóide” (utilizado para definir anafilaxiassem mecanismos imunológicos subjacentes) não é mais utilizado por induzir à falsa ideia de uma reação menos grave.

Estudo posterior para validação desses parâmetros diagnósticos revelou que sua sensibilidade é alta (95%), mas a especificidade é pouco maior que 80%, ou seja, apesar de muito útil especialmente na urgência, o diagnóstico pode ser superestimado em quase 20% dos casos.² Desta forma, todos os pacientes que apresentarem quadro de anafilaxia devem ser encaminhados para posterior avaliação, objetivando diagnóstico mais preciso, causa da reação e orientação ao paciente para evitar episódios futuros.

A anafilaxia tem aumentado no mundo todo, por razões ainda não totalmente esclarecidas. A prevalência da doença em nosso meio não é totalmente conhecida, porém, em estudo regional na cidade de Botucatu³, ficou em torno de 6% da população geral.

ELABORADO POR: Dra. Elaine Gagete Miranda da Silva	APROVADO POR: Dra. Carmen R. P. R. Amaro Dr. Juan Carlos Llanos
--	--

	PROTOCOLO MÉDICO	Página: 2 de 10
	ANAFILAXIA	Código: MED.PR-028
		Implantação: 02/2018
		Revisão:
		Validade: 02/2020
Área: Médica		Versão: 1ª

A anafilaxia é subdiagnosticada na maior parte dos serviços e os casos mais leves acabam sendo diagnosticados como “reações alérgicas” o que dificulta o entendimento da exata dimensão do problema. Não há sequer um código adequado no atual catálogo de doenças (CID-10). Na CID 11 – que em breve será lançada – essa falha será corrigida. Atualmente, sugerimos o código T78.4 (Alergia não especificada).

Tabela 1 – Critérios diagnósticos de anafilaxia¹

Início agudo, com envolvimento cutâneo e/ou mucoso, e pelo menos um dos seguintes achados:

Comprometimento respiratório (e.g.: dispneia, broncoespasmo, estridor, hipóxia);

Comprometimento cardiocirculatório (e.g.: hipotensão, colapso);

Dois ou mais dos seguintes achados após exposição (de minutos a horas) de alérgenos prováveis:

Aparecimento de sintomas cutâneo-mucosos, e.g. urticária, eritema e/ou prurido generalizados, angioedema;

Surgimento de sintomas cardiovasculares;

Sinais de envolvimento do sistema respiratório;

Aparecimento de sintomas gastrointestinais persistentes como cólicas, vômitos e diarreia.

Hipotensão após exposição (de minutos a horas) a um alérgeno ao qual sabidamente o paciente em questão apresenta hiperreatividade, entendendo-se aqui por hipotensão a queda da pressão sistólica a um nível 30% abaixo de sua linha basal ou <90 mmHg para adultos.

ELABORADO POR: Dra. Elaine Gagete Miranda da Silva	APROVADO POR: Dra. Carmen R. P. R. Amaro Dr. Juan Carlos Llanos
--	--

	PROTOCOLO MÉDICO	Página: 3 de 10
	ANAFILAXIA	Código: MED.PR-028
		Implantação: 02/2018
		Revisão:
Área: Médica		Validade: 02/2020
		Versão: 1ª

- Recentemente, a classificação da anafilaxia foi revista⁴ considerando-se os fenótipos da doença. Apesar de a Tabela 1 ser ainda amplamente aceita e utilizada na definição da doença, nessa revisão mais atual os aspectos clínicos foram detalhados considerando-se a fisiopatologia da doença. Outra vantagem desta nova classificação é saber se há ou não possibilidade de dessensibilização. Isto é particularmente importante em pacientes recebendo drogas que são dificilmente substituíveis como quimioterápicos e anticorpos monoclonais (Tabela 2).

Tabela 2- Classificação das anafilaxias⁴ (adaptado)

Desencadeantes	alérgenos ambientais alérgenos alimentares antibióticos quimioterápicos anticorpos monoclonais outras drogas venenos de insetos	quimioterapia anticorpos monoclonais	quimioterapia anticorpos monoclonais	contrastes iodados sulfato de condroitina supersulfatado (contaminante de heparina) glicosaminoglicans membranas dialíticas
Fenótipo/endótipo	Reação IgE medida ou não Ativação de mastócitos e basófilos Liberação de substâncias vasoativas (especialmente histamina e triptase)	Ativação de células T, macrófagos e monócitos Liberação de citocinas	mecanismo misto (ambos citados nas colunas anteriores)	desgranulação mastocitária por frações de complemento C5a e C4a
Principais sintomas	Eritema generalizado, prurido, urticária, sensação de aperto na garganta, dificuldade respiratória, dor torácica, náusea, vômito, diarreia, colapso cardiovascular	Febre, tremores, calafrios, náusea, dor no corpo, dor de cabeça, hipotensão, dessaturação	soma dos sintomas descritos nas colunas anteriores	hipotensão, dessaturação
Tratamento na crise aguda	convencional	convencional	convencional	convencional
Dessensibilização	sim	casos selecionados	casos selecionados	não

ELABORADO POR: Dra. Elaine Gagete Miranda da Silva	APROVADO POR: Dra. Carmen R. P. R. Amaro Dr. Juan Carlos Llanos
--	--

	PROTOCOLO MÉDICO	Página: 4 de 10
	ANAFILAXIA	Código: MED.PR-028
		Implantação: 02/2018
		Revisão:
		Validade: 02/2020
Área: Médica		Versão: 1ª

O tratamento da anafilaxia^{5,6} é apresentado resumidamente na Figura 1

- 1- Remova imediatamente o desencadeante, se possível (soros com medicamentos, látex ou outros). Chame ajuda.
- 2- Coloque o paciente em decúbito dorsal com os membros inferiores elevados; se paciente grávida, posicione em decúbito lateral esquerdo para impedir que o útero grávidico pressione a veia cava.
- 3- Analise rapidamente a situação (condição circulatória, respiratória, exame de pele, mucosas, nível de consciência e peso aproximado se criança).
- 4- Não perca tempo: ministre ADRENALINA. Esta é a droga mais importante e de primeira escolha na anafilaxia, quer por seus efeitos alfa e beta agonistas, quer por inibir a produção de PAF (fator ativador de plaquetas), citocina esta relacionada a casos mais graves de anafilaxia. O uso precoce de adrenalina em casos de anafilaxia reduz o risco de hospitalização e a chance de anafilaxia bifásica ou protraída. Deve ser administrada mesmo em pacientes idosos, bebês, gestantes e coronariopatas, já que o risco da doença é maior do que o risco dos efeitos colaterais nesses casos. A administração é por VIA INTRAMUSCULAR na coxa, onde a absorção é mais rápida. A via subcutânea não é mais utilizada por sua

ELABORADO POR: Dra. Elaine Gagete Miranda da Silva	APROVADO POR: Dra. Carmen R. P. R. Amaro Dr. Juan Carlos Llanos
--	--

	PROTOCOLO MÉDICO	Página: 5 de 10
	ANAFILAXIA	Código: MED.PR-028
		Implantação: 02/2018
		Revisão:
		Validade: 02/2020
Área: Médica		Versão: 1ª

absorção errática e a via intravenosa se associa a maior risco de complicações e deve ser reservada apenas nos casos de parada cardiorrespiratória.

DOSE: 0,01mg/kg de adrenalina milesimal (1mg/ml) na dose máxima de 0,5 ml para adultos e 0,3 ml para crianças. Pode ser repetida a cada 5-15 minutos se necessário.

- 5- Suplemente oxigênio (6-8 litros/minutos) através de máscara, de preferência, de alto fluxo.
- 6- Enquanto for executando os itens anteriores, peça a um técnico de enfermagem para ir providenciando acesso venoso e garanta infusão de 1-2 litros de solução salina (0,9%) de forma rápida (5-10 ml/kg nos primeiros 5-10 minutos para adultos). Para crianças: 10 ml/kg.
- 7- A qualquer momento, quando indicado, inicie manobras de ressuscitação cardiopulmonar.
- 8- A intervalos regulares (5-10 minutos), cheque os parâmetros vitais, saturação de O₂ e sempre que possível instale monitorização cardíaca não invasiva.

Somente após a estabilização do paciente proceda às demais drogas:

- 9- Anti-histamínicos: utilizados em pacientes com acentuados sintomas cutaneomucosos. Os consensos utilizam a difenidramina como droga padrão.

ELABORADO POR: Dra. Elaine Gagete Miranda da Silva	APROVADO POR: Dra. Carmen R. P. R. Amaro Dr. Juan Carlos Llanos
--	--

	PROTOCOLO MÉDICO	Página: 6 de 10
	ANAFILAXIA	Código: MED.PR-028
		Implantação: 02/2018
		Revisão:
Área: Médica		Validade: 02/2020
		Versão: 1ª

Entretanto, em nosso meio, o uso da prometazina está mais popularizado e pode ser utilizada na dose de 25-50 mg (1/2-1 ampola) por via IM em adultos e 0,02 ml/kg IM em crianças acima de 2 anos. Não usar em crianças abaixo dessa faixa etária pelo risco de depressão respiratória.

10-Drogas beta-2 agonistas: utilizar como adjuvante no tratamento de broncoespasmo: salbutamol (Aerolin nebulas®: ampolas de 2,5 mg) – utilizar 2,5 mg para crianças e 5 mg para adultos em nebulização.

11-Corticoides: ajudam na prevenção de anafilaxia bifásica. Possuem pouca indicação no tratamento inicial e devem ser utilizados após todos os itens acima terem sido garantidos. Dose: hidrocortisona: 200 mg EV adulto e 5 mg/kg EV (máximo 100 mg) em crianças; metilprednisolona: 50-100 mg em adulto; em crianças: 0,5 mg/kg – máximo: 50 mg.

12-Azul de metileno – um inibidor seletivo de óxido nítrico – previne a vasodilatação e pode ser utilizado em pacientes com anafilaxia refratária a uso de adrenalina. POSOLOGIA: Dose inicial: 1 a 2mg/kg de peso, por infusão EV lenta. Atenção: paciente deve estar rigorosamente monitorado e nesse ponto já em UTI.

13-Figura 1- Tratamento inicial da anafilaxia (traduzido)

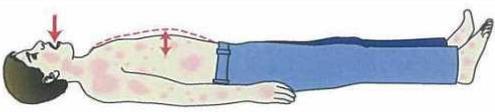
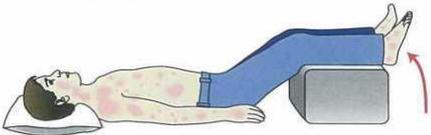
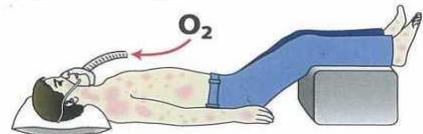
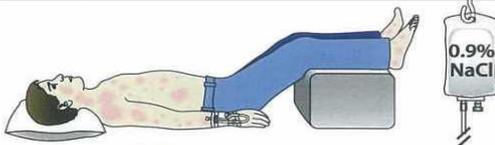
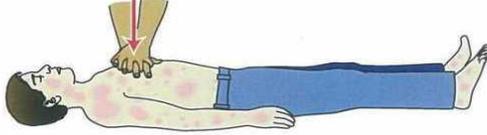
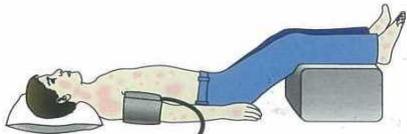
ELABORADO POR: Dra. Elaine Gagete Miranda da Silva	APROVADO POR: Dra. Carmen R. P. R. Amaro Dr. Juan Carlos Llanos
--	--

	PROTOCOLO MÉDICO	Página: 7 de 10
	ANAFILAXIA	Código: MED.PR-028
		Implantação: 02/2018
		Revisão:
		Validade: 02/2020

Área: Médica	Versão: 1ª
--------------	------------

TRATAMENTO INICIAL

Tenha um protocolo escrito para reconhecer a anafilaxia e saber como agir.
As ações devem ser ensaiadas regularmente através de simulações

Remova a fonte de exposição ao desencadeante	
	Remova a fonte de exposição ao desencadeante
	Realize rápida e simultaneamente os passos de 4 a 6
	Solicite ajuda
	Injete adrenalina Intramuscular
	Coloque o paciente em decúbito dorsal e eleve as extremidades inferiores
	Administre oxigênio 6 - 8 L / min se indicado
	Estabeleça um acesso venoso e se indicado administre 1- 2 litros de solução isotônica de forma rápida
	A qualquer momento se necessário, realize manobra de ressuscitação cardiopulmonar com assistência respiratória
	Adicionalmente
	Monitore a intervalos regulares PA, FC, respiração e Sat O2

ELABORADO POR: Dra. Elaine Gagete Miranda da Silva	APROVADO POR: Dra. Carmen R. P. R. Amaro Dr. Juan Carlos Llanos
--	--

	PROTOCOLO MÉDICO	Página: 8 de 10
	ANAFILAXIA	Código: MED.PR-028
		Implantação: 02/2018
		Revisão:
		Validade: 02/2020
Área: Médica		Versão: 1ª

Apesar de anafilaxia bifásica ser descrita, com os sintomas recorrendo após algumas horas da crise inicial, esse evento não é comum⁷. Assim, o último consenso para manejo de anafilaxia⁶ recomenda que se observe mais atentamente e por até 24 horas apenas os casos mais graves de anafilaxia. Entretanto, deve-se orientar a todos os pacientes sobre a possibilidade de o quadro recorrer. Por isso mesmo, é de bom senso solicitar aos pacientes que permaneçam próximos ao serviço, evitando especialmente viagens nas próximas 8-12 horas da reação.

Referências bibliográficas:

- 1- Sampson HA, Munoz-Furlong A, Campbell RL, Adkinson Jr NF, Bock SA, Branum A, et al. Second Symposium on the Definition and Management of Anaphylaxis: Summary Report – Second National Institute of Allergy and Infectious Disease/Food Allergy and Anaphylaxis Network Symposium. Ann Emerg Med. 2006; 47:373–80.
- 2- Campbell RL, Hagan JB, Manivannan V, Decker WW, Kanthala AR, Bellolio MF, et al. Evaluation of national institute of allergy and infectious diseases/food allergy and anaphylaxis network criteria for the diagnosis of anaphylaxis in emergency department patients. J Allergy Clin Immunol. 2012; 129(3):748-52.

ELABORADO POR: Dra. Elaine Gagete Miranda da Silva	APROVADO POR: Dra. Carmen R. P. R. Amaro Dr. Juan Carlos Llanos
--	--

	PROTOCOLO MÉDICO	Página: 9 de 10
	ANAFILAXIA	Código: MED.PR-028
		Implantação: 02/2018
		Revisão:
		Validade: 02/2020
Área: Médica		Versão: 1ª

- 3- Gagete E, Santos LD, Pontes LG, Castro FM. Who has anaphylaxis in Brazil? Validation of a questionnaire for population studies. The World Allergy Organization Journal. 2017 Nov; DOI 10.1186/s40413-017-0171-2.
- 4- Castells M. Diagnosis and management of anaphylaxis in precision medicine. J Allergy Clin Immunol. 2017 Aug;140(2):321-333.
- 5- Simons FER, Arduzzo LRF, Bilò MB, et al. World Allergy Organization Guidelines for the Assessment and Management of Anaphylaxis. The World Allergy Organization Journal. 2011;4(2):13-37.
- 6- Simons FER, Ebisawa M, Sanchez-Borges M, et al. 2015 update of the evidence base: World Allergy Organization anaphylaxis guidelines. The World Allergy Organization Journal. 2015;8:32.
- 7- Mack DP. Biphasic anaphylaxis: a systematic review of the literature. Allergy, Asthma, and Clinical Immunology: Official Journal of the Canadian Society of Allergy and Clinical Immunology. 2014;10(Suppl 1):A5. doi:10.1186/1710-1492-10-S1-A5.

ELABORADO POR: Dra. Elaine Gagete Miranda da Silva	APROVADO POR: Dra. Carmen R. P. R. Amaro Dr. Juan Carlos Llanos
--	--

	PROTOCOLO MÉDICO	Página: 10 de 10
	ANAFILAXIA	Código: MED.PR-028
		Implantação: 02/2018
		Revisão:
		Validade: 02/2020
Área: Médica		Versão: 1ª

ELABORADO POR:

Dra. Elaine Gagete Miranda
Médica Alergologista
CRM/SP: 50.628

APROVADO POR:

Dra. Carmen R. P. R. Amaro
Diretora Clínica / Médica
CRM/SP: 45325

Dr. Juan Carlos Llanos
Diretor Técnico / Médico
CRM/SP: 90410

ELABORADO POR: Dra. Elaine Gagete Miranda da Silva	APROVADO POR: Dra. Carmen R. P. R. Amaro Dr. Juan Carlos Llanos
--	--