

Portal de Boas Práticas em
Saúde da Mulher, da Criança
e do Adolescente



ATENÇÃO À
CRIANÇA

ANAFILAXIA NA INFÂNCIA: APRESENTAÇÃO CLÍNICA E MANEJO



“Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais”.

Brasil, Casa Civil, Art. 5º Estatuto da Criança e do Adolescente.



Objetivos dessa apresentação:

- Apresentar a definição de anafilaxia na infância;
- Discutir aspectos relevantes na apresentação clínica e manejo da anafilaxia na infância.



Introdução

Definição de Anafilaxia

- É definida como uma reação multissistêmica grave de início agudo e potencialmente fatal.
- Os seguintes sinais/sintomas podem estar presentes: urticária, angioedema, comprometimento respiratório e gastrointestinal e/ou hipotensão arterial.
- Pode levar a morte se não for devidamente tratada.

Principais causas de anafilaxia em crianças





Introdução

Definição de Anafilaxia

- Dois ou mais desses sintomas apresentados anteriormente, imediatamente após a exposição ao alérgeno suspeito, deve ser um alerta para o diagnóstico e tratamento imediato.
- O termo ANAFILAXIA deve ser utilizado na descrição tanto de casos mais graves acompanhados de choque (colapso cardiovascular), quanto dos casos mais leves.
- Alimentos (ex.: leite, ovo, crustáceos) e medicamentos (ex.: antibióticos beta-lactâmicos e AINES) são os principais fatores desencadeantes em crianças e adolescentes.



Critério Diagnóstico

Situação 1

- Reação que tem início em minutos a horas
- **Envolvimento de pele e mucosas** (urticária, vermelhidão, coceira, inchaços em lábio, língua e úvula)
E pelo menos uma das seguintes manifestações:
 - **Manifestações respiratórias**
(falta de ar, chiado, tosse, dispneia, broncoespasmo, estridor, hipoxemia)
 - **Queda da pressão arterial**
(ou sintomas como desmaio e falta de controle de urina)
 - **Sintomas gastrointestinais graves**
(cólicas abdominais intensas, vômitos repetidos)





Critério Diagnóstico

Situação 2

- Reação que se inicia em minutos a horas (após a exposição à um alérgeno provável), **pelo menos uma das seguintes manifestações:**
 - **Queda da pressão** **OU**
 - **Broncoespasmo** (falta de ar/chiado no peito) **OU**
 - **Edema da laringe** (glote)
- Após exposição à um alérgeno **provável** para esse paciente, mesmo na ausência de sintomas na pele.





Sinais/sintomas	Frequência (%)
Cutâneos	90
Urticária e angioedema (mais comumente em lábios e olhos)	85-90
Erupção cutânea (rash, eritema)	45-55
Prurido sem rash	2-5
Respiratórios	40-60
Dispneia, sibilos, tosse*	45-50
Edema de laringe (edema de glote)	50-60
Espirros, coriza, obstrução, prurido nasal e/ou ocular acompanhados ou não de hiperemia conjuntival e lacrimejamento.)	15-20
<i>*Tosse e rouquidão podem preceder a obstrução das vias aéreas</i>	
Cardiovascular	30-35
Taquicardia, tontura, síncope, dor precordial, hipotensão arterial, choque	
Digestórios	25-30
Náuseas, vômitos, diarreia, cólicas	
Miscelânea	
Cefaleia	5-8
Convulsão	1-2
Outros: incontinência urinária, cólicas uterinas, gosto metálico, sensação de morte iminente, desorientação.	

Principais sinais/sintomas

SBP, 2021.



Critério Diagnóstico

ATENÇÃO

- O espectro das reações compreende reações leves, grave e fatais.
- Início súbito podendo atingir vários órgãos.
- Os sintomas podem ser iniciados em segundo, minutos ou até horas após exposição ao agente causador da alergia.
- Reações bifásicas podem ocorrer em 10% dos casos, de 8 a 12 horas após início do evento.



Diagnóstico Diferencial

- O diagnóstico diferencial de anafilaxia deve ser feito com a **reação vasovagal**.
- A **reação vasovagal** é a causa mais frequente de confusão e caracteriza-se por:
 - Sudorese;
 - Náusea;
 - Hipotensão
 - Bradicardia (na anafilaxia temos taquicardia, a bradicardia ocorre em situação de pré-falência cardio-respiratória).
 - Ausência de sintomas cutâneos como urticária/angioedema.

Outras doenças menos frequentes que merecem atenção quanto ao diagnóstico diferencial são: mastocitose sistêmica, angioedema hereditário; feocromocitoma, síndrome carcinoide, disfunção de cordas vocais e escromboidismo.



Tratamento

Emergência em saúde que requer pronto reconhecimento do quadro clínico a fim de preservar: permeabilidade das vias aéreas, manutenção da pressão arterial e oxigenação.

- Administração rápida da ADRENALINA
- Decúbito dorsal com membros inferiores elevados
- Suplementação de oxigênio se saturação menor ou igual a 95%
- Manutenção adequada de volemia



Manter sinais vitais	<p>Checar: A (vias aéreas), B (respiração), C (circulação) e M (mente - sensorio)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Manter posição adequada (decúbito dorsal com MMII elevados). • Levantar-se ou sentar-se subitamente estão associados a desfechos fatais ("síndrome do ventrículo vazio").
Adrenalina 1:1000 (1mg/ml)	<p>Adultos/Adolescentes: 0,2-0,5mg (dose máxima) IM na face ântero-lateral da coxa.</p> <p>Crianças: 0,01mg/kg até o máximo de 0,3mg IM na face ântero-lateral da coxa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar imediatamente e repetir se necessário a cada 5-15 minutos. Monitorar toxicidade (frequência cardíaca) • Adrenalina em diluições de 1:10.000 ou 1:100.000 somente devem ser administradas via IV nos casos de parada cardiorrespiratória ou hipotensão profunda que não respondeu à expansão de volume ou múltiplas injeções de epinefrina IM.
Expansão de volume Solução salina Ringer Lactato	<p>Adultos/Adolescentes: 1-2 litros rapidamente IV</p> <p>Crianças: 5-10ml/kg IV nos primeiros 5 minutos e 30ml/kg na primeira hora</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Taxa de infusão é regulada pelo pulso e pressão arterial. • Estabelecer acesso IV com o maior calibre possível. Monitorar sobrecarga de volume
Oxigênio (O₂)	Sob Cânula nasal ou máscara	<ul style="list-style-type: none"> • Manter saturação de O₂. Se Sat O₂ < 95%, há necessidade de mais de uma dose de adrenalina

Agentes Terapêuticos

SBP, 2021.



<p>β2-Agonistas Sulfato de salbutamol</p>	<p>Via inalatória: <i>Aerosol dosimetrado com espaçador (100 mcg/jato)</i> Adultos/Adolescentes 4-8 jatos, a cada 20 minutos, dose máxima 20 jatos Crianças: 50 mcg/Kg/dose=1jato/2kg; Dose máxima: 10 jatos</p> <p><i>Nebulizador: Solução para nebulização: gotas (5 mg/mL) ou flaconetes (1,25 mg/ml)</i> Adultos/Adolescentes 2,5-5,0mg, a cada 20 minutos, por 3 doses Crianças: 0,07-0,15 mg/kg a cada 20 minutos até 3 doses Dose máxima: 5 mg</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Para reversão do broncoespasmo • Existem diferentes concentrações e doses • Outros broncodilatadores β2-agonistas (ex: Fenoterol)
<p>Antihistamínicos Prometazina Difenidramina</p> <p>Ranitidina</p>	<p>Adultos/Adolescentes: 25-50 mg IV Crianças: 1 mg/kg IV até máximo 50 mg</p> <p>Adultos/Adolescentes: 12,5-50 mg IV até 10 minutos Crianças: 1 mg/kg</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Anti-H1 associados a antiH2 podem ser mais eficazes do que os anti-H1 isolados • Dose oral pode ser suficiente para episódios mais brandos • Papel na anafilaxia aguda ainda não bem determinado.
<p>Glicocorticoides Metilprednisona, Prednisona</p>	<p>Dose: 1-2 mg/kg/dia IV Dose: 0,5-1mg mg/kg/dia VO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Padronização de doses não estabelecida • Prevenção de reações bifásicas?

Agentes Terapêuticos

SBP, 2021.



ATENÇÃO

- **ADRENALINA:** é droga de primeira linha para tratamento da anafilaxia.
- A prescrição precoce da ADRENALINA é essencial para reversão do quadro e retirar o paciente do risco de morte.
- Observação clínica de casos leves deve ser de 6 – 8 horas e de casos graves de 24 – 48 horas.
- **Reações bifásicas** podem ocorrer de 8 – 12 horas após o evento agudo.
- Corticoides por via oral ou parenteral, tradicionalmente utilizados, **tem pouca ou nenhuma** ação no tratamento agudo da anafilaxia.



Alta Após Evento e Observação Clínica

- Família deve ser orientada sobre a recorrência dos sintomas em até 12 horas após o episódio.
- Corticoides e anti-histamínicos podem ser prescritos para a manutenção do tratamento após reação aguda.
- Paciente com reações anafiláticas devem ser encaminhados ao especialista para investigação do agente causador.
- Familiares devem ser orientados sobre o reconhecimento de sinais/sintomas.
- Fornecer **plano de ação** para execução em momento de reação anafilática.
- Criança deve conter identificação com diagnóstico, telefone de contato e **plano de ação**.
- Escola deve ser informada sobre o risco de anafilaxia.



PLANO DE AÇÃO PARA PACIENTES COM HISTÓRIA DE ANAFILAXIA

Plano de ação Anafilaxia



Sinais de início da reação anafilática, com apenas um órgão envolvido:

Pele:
Placás vermelhos
Inchaço em lábios ou face
Cocleira

OU

Manifestações gastrointestinais:
Náusea, vômito, cólica, diarreia
Cocleira na boca ou garganta
Gosto metálico

Outras manifestações: Nariz escorrendo, espirros, ansiedade

Ação:

- ▶ Ficar em observação e alerta,
- ▶ Usar Anti-histamínico: _____
- ▶ Corticoide: _____
- ▶ Adrenalina deve estar preparada, caso haja piora do quadro (Anafilaxia), usar corticoide.

Sinais de anafilaxia grave:

Respiração: Rouquidão repentina, tosse, chiado, falta de ar.

Sistema Cardiovascular: Queda da pressão, perda da consciência.

Reações que ocorrem em dois ou mais órgãos ao mesmo tempo:
Pele, respiratório, digestório, cardiovascular.

Ação:

- ▶ Adrenalina autoinjetável aplicar na lateral da coxa, segurar 10 segundos;
- ▶ ou solução milesimal de adrenalina (0,01mg/Kg até 0,3 a 0,5 mg em adultos)
- ▶ Repetir em 5 a 15 minutos caso não melhore,
- ▶ Deitar de barriga para cima com pernas elevadas,
- ▶ Ligar para SAMU 192,
- ▶ Se falta de ar: Fazer salbutamol spray
- ▶ Ligar para contato do paciente.

Cartão de identificação Alergia/Anafilaxia

Nome: _____

Sou alérgico a: _____

Caso eu necessite, favor entrar em contato com: _____

Telefone: _____

Parentesco: _____

Médico: _____



Plano de ação Anafilaxia



ASBAI
Associação Brasileira de
Alergia e Imunologia

Sinais de início da reação anafilática, com apenas um órgão envolvido:

Pele:

Placas vermelhas
Inchaço em lábios ou face
Coceira

OU

Manifestações gastrointestinais:

Náusea, vômito, cólica, diarreia
Coceira na boca ou garganta
Gosto metálico

Outras manifestações: Nariz escorrendo, espirros, ansiedade

Ação:

- ▶ Ficar em observação e alerta,
- ▶ Usar Anti-histamínico: _____
- ▶ Corticoide: _____
- ▶ Adrenalina deve estar preparada, caso haja piora do quadro (Anafilaxia), usar corticoide.

Sinais de anafilaxia grave:

Respiração: Rouquidão repentina, tosse, chiado, falta de ar.

Sistema Cardiovascular: Queda da pressão, perda da consciência.

Reações que ocorrem em dois ou mais órgãos ao mesmo tempo:
Pele, respiratório, digestório, cardiovascular.

Ação:

- ▶ Adrenalina autoinjetável aplicar na lateral da coxa, segurar 10 segundos;
- ▶ ou solução milesimal de adrenalina (0,01mg/Kg até 0,3 a 0,5 mg em adultos)
- ▶ Repetir em 5 a 15 minutos caso não melhore,
- ▶ Deitar de barriga para cima com pernas elevadas,
- ▶ Ligar para SAMU 192,
- ▶ Se falta de ar: Fazer salbutamol spray
- ▶ Ligar para contato do paciente.



Plano de Ação

- Paciente e familiares devem ter prescrição de adrenalina para uso imediato.
- Deitar o paciente com as pernas elevadas e manter a calma.
- Como complementação são utilizados corticosteroides e anti-histamínicos, mas não substituem a adrenalina.
- Procurar o serviço de emergência mais próximo ou solicitar ambulância ou acionar o SAMU - 192.
- Acompanhamento médico com alergista e imunologista.
- Orientar os pacientes sobre as medidas profiláticas.



MITOS X VERDADES

MITO: a anafilaxia sempre mata.

VERDADE: pode ser revertida quando reconhecida e rapidamente tratada com adrenalina (epinefrina).

MITO: a anafilaxia sempre aparece na pele.

VERDADE: cerca de 10% das reações anafiláticas podem ocorrer sem alteração na pele.

MITO: o tratamento da anafilaxia é com anti-histamínicos e corticosteroides, sendo adrenalina só quando estes não resolvem.

VERDADE: a adrenalina é o primeiro tratamento; anti-histamínicos são complementos no tratamento.



MITOS X VERDADES

MITO: Os corticoides são capazes de prevenir a “segunda onda” (reações bifásicas) da anafilaxia.

VERDADE: Não existem evidências de que os corticoides sejam capazes de prevenir 100% as reações bifásicas, mas podem ser importantes para diminuir a gravidade dessa “segunda onda”.

MITO: a aplicação da adrenalina é perigosa para o coração.

VERDADE: adrenalina é o tratamento mais seguro e essencial para a anafilaxia.



A identificação precoce dos sinais/sintomas de uma reação anafilática e o tratamento adequado são fundamentais para um bom desfecho desse evento agudo.



Referências

- Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Departamento Científico de Alergia. Guia Prático de Atualização 2021.
- Associação Brasileira de Alergia e Imunologia. Anafilaxia: o que você precisa saber. 2021. Recife – PE.
- Cardona V, Ansotegui IJ, Ebisawa M, El-Gamal Y, Fernandez Rivas M, Fineman S, Geller M, Gonzalez-Estrada A, Greenberger PA, Sanchez Borges M, Senna G, Sheikh A, Tanno LK, Thong BY, Turner PJ, Worm M. World allergy organization anaphylaxis guidance 2020. World Allergy Organ J. 2020 Oct 30;13(10):100472. doi: 10.1016/j.waojou.2020.100472. PMID: 33204386; PMCID: PMC7607509.

Portal de Boas Práticas em
Saúde da Mulher, da Criança
e do Adolescente



ATENÇÃO À
CRIANÇA



@portaldeboaspraticas

ANAFILAXIA NA INFÂNCIA: APRESENTAÇÃO CLÍNICA E MANEJO

Material de 21 de dezembro de 2022

Disponível em: portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br

Eixo: Atenção à Criança



Aprofunde seus conhecimentos acessando artigos disponíveis na biblioteca do Portal.