



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
Gerência de Recursos Médico-Hospitalares/DIASE/SAS
Coordenação de Alergia e Imunologia

Protocolo clínico de anafilaxia

1. Definição

Anafilaxia é uma reação imunológica sistêmica de hipersensibilidade imediata consequente da interação entre o antígeno e o anticorpo IgE fixado em basófilos e mastócitos. A reação é chamada de anafilactóide quando não depende da reação entre antígeno e IgE, mas apresenta outros mecanismos, imunológicos ou não cujas manifestações clínicas são semelhantes às da anafilaxia.

A reação anafilática pode ser bifásica, isto é, ter uma fase imediata e, horas após a recuperação, apresentar um recrudescimento dos sintomas, exatamente como ocorre na resposta cutânea de fase tardia. Essas reações podem ser fatais e ocorrem em até 20% dos casos, surgindo, em média, 8 horas após o quadro inicial. Acredita-se que fatores como administração do antígeno por via oral, uso de beta-bloqueadores, intervalo maior que 30 min entre a administração do antígeno e o aparecimento dos sintomas e a presença de hipotensão ou edema de laringe durante o episódio inicial são elementos de risco para um evento anafilático bifásico.

2. Causas:

As substâncias que mais causam anafilaxia são os alimentos, medicamentos e o veneno de insetos Himenópteros (abelhas, vespas etc) exercícios. Estima-se que 15% da população apresente risco de anafilaxia.

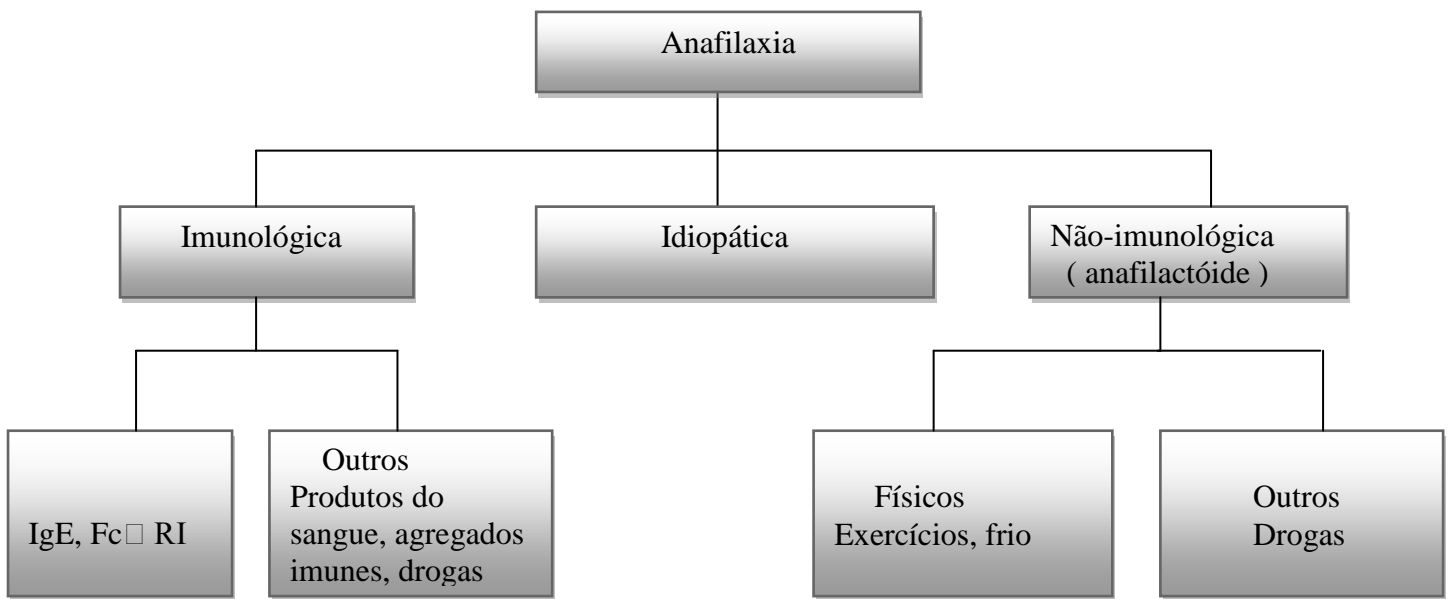


Figura 1. **Mecanismos de anafilaxia.** IgE: imunoglobulina E; Fc ϵ RI: receptor de alta afinidade para IgE. Adaptado de Simons FER.

3. Incidência

Não existem dados sobre a prevalência de anafilaxia no Brasil. Estima-se que a incidência de reações anafiláticas varie entre 10.e 20/100.000 habitantes por ano no mundo todo.

Penicilina: menor que 1%, uma pra cada 10.000 injeções e óbito ocorrendo em 1 caso a cada 7.5 milhões de aplicações.

Reações sistêmicas e locais intensas a picadas de insetos ocorrem em cerca de 1% da população americana por ano,m geral, com 40 óbitos

Reações por injeções de contrastes iodados: 2%, mais sérias em 1 a cada 1.000 procedimentos .

Reações por alimentos: e menor estima-se um risco de 1 a 2%, com prevalência menor para medicamentos e látex.

Quadro 2. – Atividade e manifestações clínicas associadas aos mediadores de mastócitos e basófilos na anafilaxia

Mediadores	Atividade	Efeito clínico
Histamina e derivados do ácido araquidônico - leucotienos, tromboxanos, prostaglandinas, fator ativador de plaquetas)	Contratura de musculatura lisa, secreção de muco, vaodilatação, aumento da permeabilidade capilar, ativação neuronal, aderência de plaquetas, quimiotaxia e ativação de eosinófilos	Urticária, angioedema, sibilância, dor abdominal e diarreia, hipotensão, rinorréia, secreção brônquica
Proteases neutras: triptase, quimase, carboxipeptidase, catepsina G	Ativada através de receptores de superfície de células ativadas por protease (PAR), clivagem de componentes do complemento, estímulo adicional para ativação e degranulação de mastócitos, clivagem de neuropeptídeos, conversão de angiotensina I para angiotensina II	Ativação de inflamação pela clivagem de C3; pode diminuir sintomas pela resposta hipertensiva através da conversão da angiotensina II e pela inativação de neuropeptídeos; pode aumentar a reação pela degranulação de mastócitos
Proteoglicanas: heparina, sulfato de condrotina	Anticoagulação, inibição do complemento, de fosfolipase A2, quimiotaxia de eosinófilos, inibição de citocinas, ativação de cininas	Pode prevenir coagulação intravascular e ativação do complemento; pode recrutar cininas aumentando a intensidade das reações
Estímulo quimiotático: quimiocinas, fatores quimiotáticos para eosinófilos	Atração celular, inflamação	Pode ter participação na recrudescência de sintomas da fase tardia da reação ou participação na extensão da reação

Quadro 3. – Critérios clínicos para o diagnóstico de anafilaxia

A anafilaxia é altamente provável quando **qualquer um** dos três critérios for preenchido:

1. Doença de início agudo (minutos a várias horas) com envolvimento da pele, tecido mucoso ou ambos (ex: urticária generalizada, prurido ou rubor facial, edema de lábios, língua e úvula),

2. E pelo menos um dos seguintes

- a- Comprometimento respiratório (dispnéia, sibilância, broncoespasmo, estridor, redução do pico de fluxo expiratório (PFE), hipoxemia).
- b- Redução da pressão arterial ou sintomas associados de disfunção terminal de órgão - hipotonia, síncope, incontinência).

3. Dois ou mais dos seguintes que ocorrem rapidamente após exposição a provável alérgeno para um determinado paciente (minutos ou várias horas):

- a- Envolvimento de pele-mucosa (urticária generalizada, prurido e rubor, edema de lábio-língua-úvula).
- b- Comprometimento respiratório (dispnéia, sibilância-broncoespasmo, estridor, redução do PFE, hipoxemia).
- c- Redução da pressão sanguínea ou sintomas associados (hipotonia, síncope, incontinência).
- d- Sintomas gastrintestinais persistentes (cólicas abdominais, vômitos).

3 – Redução da pressão sanguínea após exposição a alérgeno conhecido para determinado paciente (minutos ou várias horas).

a- Lactentes e crianças: pressão sistólica baixa (idade específica) ou maior do que 30% de queda na pressão sistólica

b- Adultos: pressão sistólica abaixo de 90 mmHg ou queda maior do que 30% do seu basal.

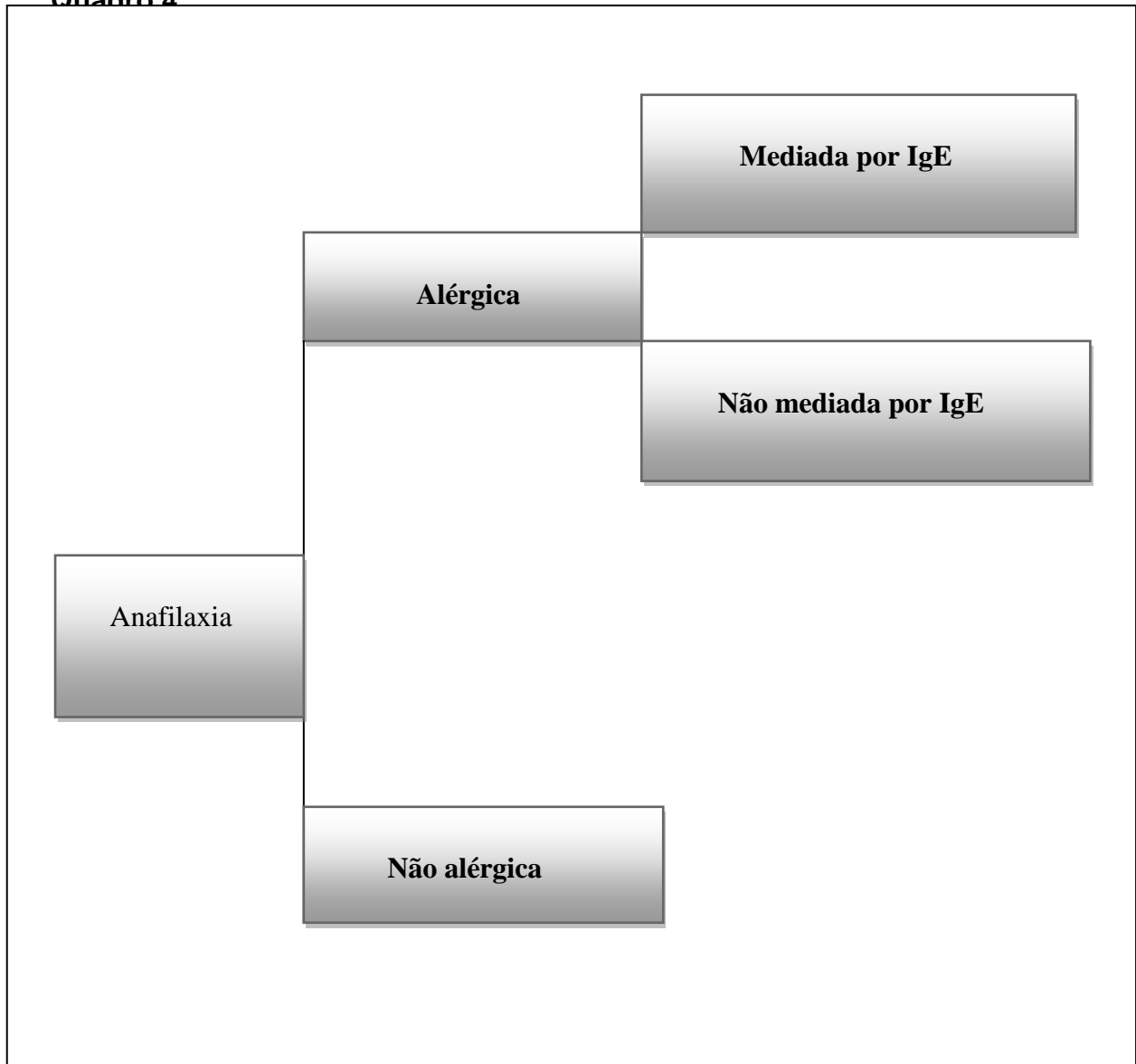
Na criança pressão sistólica baixa é definida como inferior a 70 mmHg para a idade de um mês a um ano, menor do que (70 mmHg + [2 x idade]) para os de um a dez anos e abaixo de 90 mmHg para os entre 11 e 17 anos.

Adaptado de: Symposium on the Definition and Management of Anaphylaxis:
Summary report

**4.
anafilaxia**

Classificação da

Quadro 4



Quadro 5 – Sinais e sintomas de anafilaxia

- Cutâneos/subcutâneos/mucosas

Rubor, prurido, urticária, rash morbiliforme, ereção pilar;

Prurido labial, da língua e do palato: prurido palmo plantar e no couro cabeludo;

Edema dos lábios, da língua e da úvula

Prurido periorbital, eritema e edema, eritema conjuntival, lacrimejamento

Palidez, sudorese, cianose labial e de extremidades

- Sistema respiratório

Laringe: prurido e aperto na garganta, disfagia, disfonia, rouquidão, tosse seca, estridor, sensação de prurido no canal auditivo externo.

Pulmões: respiração curta, dispnéia, aperto no peito, sibilância.

Nariz: prurido, congestão, rinorréia, espirros.

- Aparelho cardiovascular

Hipotensão, sensação de fraqueza, taquicardia, vertigem, síncope, estado mental alterado.

Dor no peito, arritmia.

- Sistema gastrointestinal

Náusea, dor abdominal em cólica, vômitos, diarreia.

- Outros

Contrações uterinas em mulheres, convulsões, perda de visão, zumbido, sensação de morte iminente, perda de controle de esfíncteres

Quadro 6 – Frequência de sinais e sintomas na anafilaxia

Sinais e sintomas	% dos casos
- Cutâneos	>90%
Urticária e angioedema	88
Rubor	26
Prurido sem rash	5
- Respiratórios	
Dispneia e sibilância	55-60
Angioedema de vias aéreas superiores	>25
Tonturas, síncope, hipotensão, visão turva	30 a 35
Abdominal: náuseas, vômitos, diarreia, dor	25 a 30
Miscelânea	
Cefaléia	5 a 8
Dor subesternal	5
Convulsões	1 - 2

Quadro 7 – Diagnóstico diferencial de reações anafiláticas e anafilactóides

- Reações vasodepressoras (vasovagais)
- Síndromes flush (rubor):
Carcinóides, pós menopausa, alcoólicas, carcinoma, medular de tireóide, epilepsia, tumores secretantes de peptídeo vasoativo intestinal (VIP).
- Síndrome de restaurante;
Glutamato monossódico, sulfitos, escombroidose (envenenamento por histamina)
- Outras formas de choque:
Hemorrágico, cardiogênico, endotóxico
- Síndromes com excesso de produção endógena de histamina:
Mastocitose sistêmica, urticária pigmentosa, leucemia, basofílica
- Doenças não-orgânicas:
Pânico, estridor, S. de Munchausen, S.de Disfunção de Cordas vocais, histeria

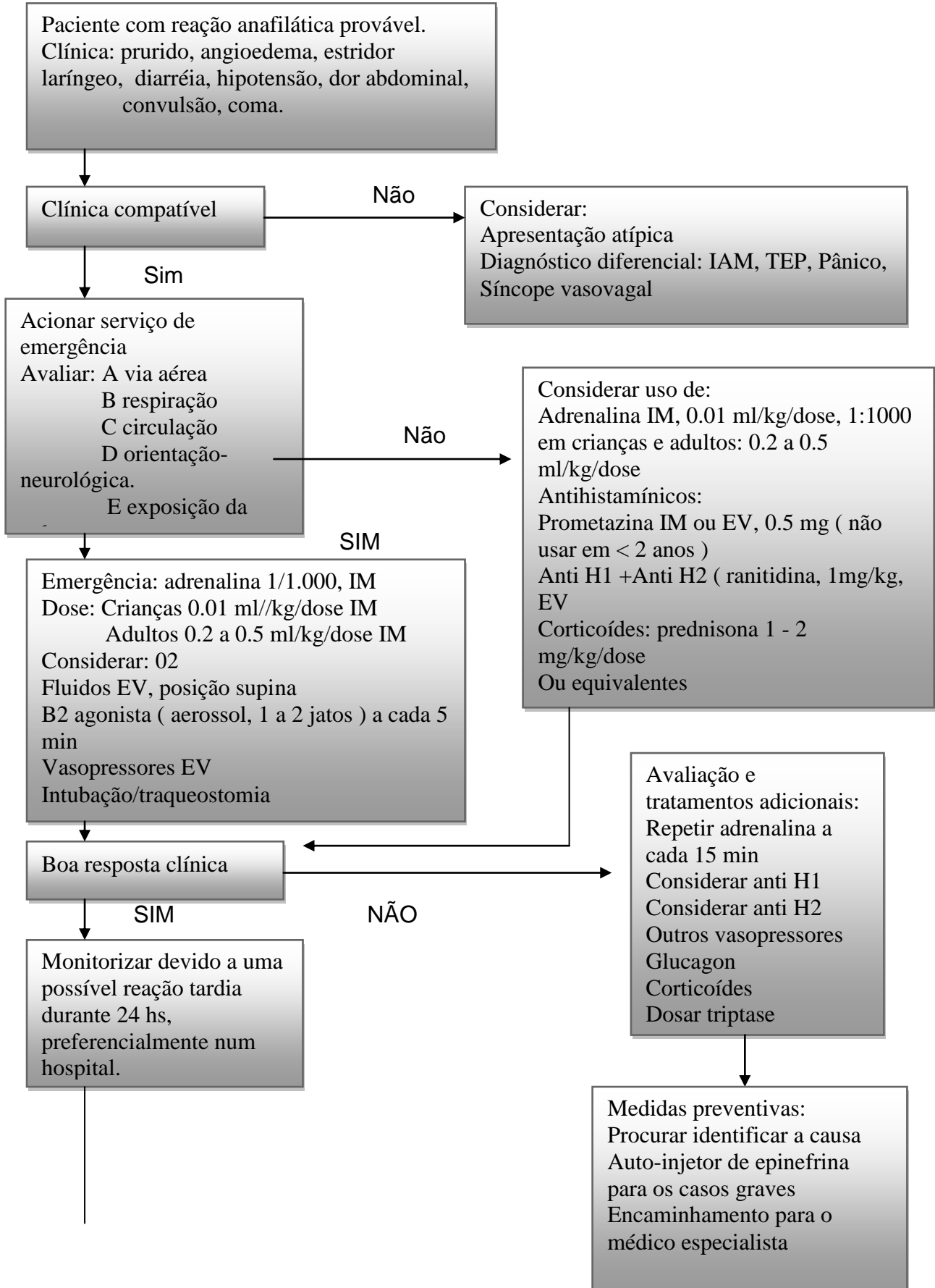
Quadro 8 – Causa de anafilaxia e mecanismo associado

Agente causal		Mecanismo (s)
Alimentos	Nozes, amendoim, legumes, crustáceos, clara de ovo, leite de vaca, sementes	Mediada por IgE
Venenos de insetos	Vespas, marimbondo, abelha, formiga	Mediada por IgE
Proteínas ou peptídeos	Estreptoquinase, insulina, vacina de alérgenos, látex, líquido seminal, relaxantes musculares	Algumas mediadas por IgE e ativadas por mastócitos
Antibióticos	Penicilinas, cefalosporinas, sulfametoxazol, trimetropim Quinolonas Vancomicina	Mediadas por IgE Desconhecida Ativação de mastócitos
Analgésicos e antiinflamatórios	AAS e AINH	Leucotrieno D4, Supressão de prostaglandina E, ativação de mastócitos
Agentes diagnósticos	Contrastes radiológicos Fluorescência Membranas de diálise	Desconhecido Desconhecido Ativação de complemento
Relacionados a procedimentos	Membranas de diálise Plasma e plaquetas Imunoglobulina EV	Ativação de complemento
Miscelânea	Anticorpo monoclonal Inibidores da ECA Exercício Exercício e alimento Idiopática	Provável IgE Brdicininina Desconhecido Desconhecido Desconhecido

Baseado em Greenberger PA, 2002

Fluxograma de tratamento

ANAFILAXIA



PLANO DE AÇÃO PARA ANAFILAXIA

Nome: _____ Idade: _____

Alergia a: _____

Asma () sim (risco elevado para reações graves) () não

Outros problemas de saúde concomitantes à anafilaxia: _____

Medicação atual: _____

Sintomas de anafilaxia

Boca: coceira, inchaço dos lábios/ou língua

Garganta: coceira, sufocamento, rouquidão

Pele: coceira, urticária, eritema, inchaço

Intestino: vômito, diarreia, cólica abdominal

Pulmão: taquipnéia, tosse, chiado

Coração: pulso fraco, tontura, sensação de morte

Apenas alguns sintomas podem estar presentes. A gravidade dos sintomas pode variar rapidamente. Alguns sintomas podem ameaçar a vida! Aja rápido!

O que fazer:

1. INJETE EPINEFRINA NA COXA (IM), 1:1000 (REPETIR ATÉ 3 VEZES SE NÃO MELHORAR).

DOSE: 0.01 ML/KG (MÁXIMO DE 0.5 ML), NA FACE ANTERO-LATERAL DA COXA

Outra medicação/dose/via de administração: _____

Importante: medicação para asma e/ou anti-histamínicos

2. Chame 192

3. Contatos de emergência # 1: casa _____ trabalho _____ celular _____

Contatos de emergência # 2: casa _____ trabalho _____ celular _____

Contatos de emergência # 2: casa _____ trabalho _____ celular _____

Não hesite em dar epinefrina

Comentários: _____

Data e assinatura do médico

Data e assinatura do responsável (< 18 anos)

Adaptado por: J. Allergy Clin Immunol 1998; 102: 173-176 e J. Allergy Clin Immunol 2006; 117:367-377

Referências

- Allergy Clin Immunol 1998; 102: 173-176 e J. Allergy Clin Immunol 2006; 117:367-377
- Rev Bras Alerg Immunopatol 2006, volume 29 -6: Anafilaxia – guia prático para o manejo
- Rev Bras Alerg Immunopatol 2009, volume 32 - 1: Anafilaxia – conhecimento médico sobre o manejo em anafilaxia.
- Alergia e Imunologia para o Pediatra, Manole, 2009: Cristina Miuki Abe Jacobe e Antonio Carlos Pastorino.
- ACAAI (American College of Allergy, Asthma and Immunology)
- ACEP (American College of Emergency Physicians)
- AAAAI (American Academy of Allergy, Asthma and immunology) ▪ ▪ ▪
- Anaphylaxis: Global Overview (WAO),
www.worldallergy.or/educational_programs/gloria/modules/gloria_module8.pdf
- Pediatria – Instituto da Criança /Hospital das clínica: Pronto – Socorro, 2009
Claudio Schvartsman