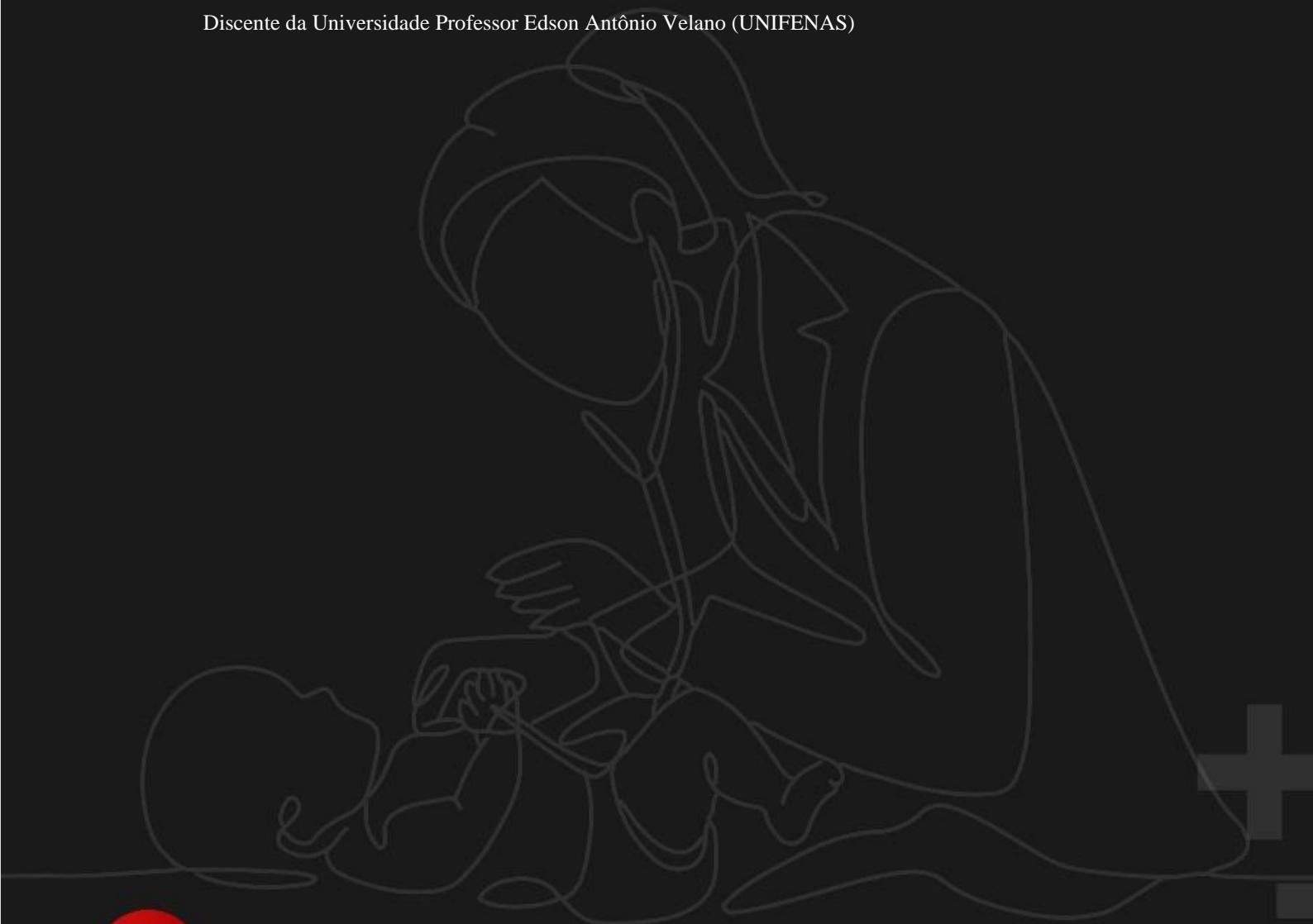


CAPÍTULO 1

ANAFILAXIA

Estela de Oliveira Rodrigues

Discente da Universidade Professor Edson Antônio Velano (UNIFENAS)



1 INTRODUÇÃO

A anafilaxia é uma reação de hipersensibilidade sistêmica aguda e potencialmente fatal, que deve ser conduzida como uma emergência. É essencial que seja identificada e tratada precocemente para evitar danos à saúde da criança[2, 7]. Essa reação pode ser desencadeada por diversos gatilhos, incluindo alergia alimentar, medicamentos e outros agentes, que variam conforme a faixa etária. Alérgenos alimentares são os principais desencadeadores em crianças de 0 a 2 anos, enquanto medicamentos, especialmente a penicilina, são responsáveis por 41,3% dos casos em crianças acima de 2 anos[5].

Segundo a Sociedade Australasiática de Imunologia Clínica e Alergia (ASCIA), a anafilaxia envolve sintomas de pele (angioedema, urticária, eritema) associados a sintomas respiratórios, cardiovasculares ou gastrointestinais. O início súbito de broncoespasmo, hipotensão ou obstrução de vias aéreas, mesmo sem sintomas cutâneos, pode ser considerado anafilaxia provável[3].

2 SINAIS E SINTOMAS

É crucial que pais e médicos saibam identificar os sinais iniciais de anafilaxia. Os sintomas podem começar de forma leve e evoluir rapidamente para uma emergência, exigindo tratamento imediato. Em geral, os sintomas surgem em até 30 minutos após a exposição ao alérgeno[5], podendo variar conforme a idade e comorbidades, como a atopia.

Reações leves a moderadas:

- Cutâneas: urticária e angioedema.
- Gastrointestinais: dor abdominal e vômitos.
- Outros: parestesia de lábios, prurido ocular, nasal ou otológico, vermelhidão conjuntival e irritabilidade.

Reações graves:

- Respiratórias: edema de glote (rouquidão, dificuldade em vocalizar), dispneia, estridor laríngeo, baixa saturação de oxigênio.
- Cardiovasculares: Hipotensão, taquicardia, colapso circulatório.
- Neurológicas: sonolência, perda de consciência, parada cardiorrespiratória[3].

3 DIAGNÓSTICO

A variedade clínica da anafilaxia dificulta o diagnóstico, levando ao subtratamento[4]. Em crianças pequenas, a dificuldade de comunicação agrava a situação, tornando fundamental o diagnóstico clínico[6]. Os critérios do NIAID/FAAN (2019) facilitam o diagnóstico, sendo necessário apenas um dos dois critérios para considerar a anafilaxia provável[4].

Início agudo com envolvimento de pele, tecido mucoso ou ambos, associado a:

- Comprometimento respiratório: dispneia, estridor, broncoespasmo e hipoxemia.
- Redução da pressão arterial (PA) ou disfunção de órgão final: hipotonia e síncope.
- Sintomas gastrointestinais graves: dor abdominal e vômitos repetidos.

- Início agudo de hipotensão, broncoespasmo ou envolvimento laríngeo após exposição a um alérgeno conhecido, mesmo sem sintomas cutâneos.

Definições de hipotensão:

- Bebês e crianças menores de 10 anos: PA sistólica inferior a ($70 \text{ mmHg} + [2 \times \text{idade em anos}]$).
- Crianças maiores de 10 anos e adultos: PA sistólica inferior a 90 mmHg[3].

4 TRATAMENTO

A adrenalina (epinefrina) é o tratamento de primeira linha para anafilaxia. Qualquer atraso na administração pode levar a desfechos fatais[5]. A administração deve ser imediata, tanto em ambiente hospitalar quanto extra-hospitalar[1].

Doses de adrenalina para dispositivos autoinjetores:

- 0,1 mg para lactentes.
- 0,15 mg para crianças de até 30 kg.
- 0,3 mg para crianças acima de 30 kg[3, 8].

Tratamento hospitalar:

- Dose IM: 0,01 mg/kg (máximo de 0,3 mg) na face ântero-lateral da coxa[8].

Outras medidas:

- Broncodilatadores para aliviar broncoespasmo.
- Oxigenoterapia para hipoxemia.
- Expansão volêmica em caso de hipotensão.
- Anti-histamínicos e corticoides para reduzir sintomas residuais[8].

Prevenção e educação:

- Pacientes com histórico de anafilaxia devem ter sempre um autoinjetor de adrenalina.
- Pais e cuidadores devem ser treinados para identificar os sintomas e administrar a medicação[5].

5 CONCLUSÃO

A anafilaxia é uma emergência que exige diagnóstico e intervenção rápidos. A disseminação de informações sobre os sintomas e o uso correto dos autoinjetores de adrenalina pode prevenir desfechos desfavoráveis. O treinamento contínuo de profissionais de saúde e a educação dos pais são fundamentais[6].

Palavras-chave: Anafilaxia; Choque Anafilático; Alergia.

6 REFERÊNCIAS

1. FUSTINANA, A.L; RINO, P.B.; KOHN-LONCARICA, G.A. Detection and management of anaphylaxis in children. Revista Children Pediatrics., Santiago, v. 90, n. 1, p. 44-51, 2019.
2. SKAMSTRUP, K.; GARVEY, L.H.; BINDSLEV-JENSEN, C.; HALKEN, S.; FREDERIKSEN, M.S.; PETERSEN, T.H.; SCHMID, J.; VIGGERS, S.; MALLING, H.J. Anaphylaxis in Children and Adults. Ugeskr Laeger, v. 182, n. 46, p. V07200537, 2020 Nov 9. Danish.
3. FRITH, K.; SMITH, J.; JOSHI, P.; FORD, L.S.; VALE, S. Updated Anaphylaxis Guidelines: Management in Infants and Children. Aust Prescr., v. 44, n. 3, p. 91-95, Jun. 2021. doi: 10.18773/austprescr.2021.016.
4. DRIBIN, T.E.; MOTOSUE, M.S.; CAMPBELL, R.L. Visão geral da alegria e anafilaxia. Emergency Medicine Clinics of North America., v. 40, n. 1-17, Fev. 2022. doi: 10.1016/j.emc.2021.08.007.
5. CIMEN, S.S.; SULEYMAN, A.; YUCEL, E.; GULER, N.; TAMAY, Z. Avaliação dos gatilhos e modelos de tratamento de anafilaxia em pacientes pediátricos. Northern Clinics of Istanbul., v. 10, n. 5, p. 609-617, 25 de agosto de 2023. doi: 10.14744/nci.2022.68335.
6. PISTINER, M.; MENDEZ-REYES, J.E.; EFLEKHARI, S.; CARVER, M.; LIEBERMAN, J.; WANG, J.; CAMARGO, C.A. Jr. Fatores associados ao uso de epinefrina no tratamento da anafilaxia em bebês e crianças pequenas. Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice. v. 12, n. 2, p. 364-371.e1, fev. 2024. doi: 10.1016/J.JAIP.2023.10.049.
7. POZIOMKOWSKA-GESICKA, I.; KUREK, M. Manifestações clínicas e causas da anafilaxia: Análise de 382 casos do registro de anafilaxia na Província da Pomerânia Ocidental, na Polônia. International Journal of Environmental Research Public Health. v. 17, n. 8, p. 2787, Abril de 2020. doi: 10.3390/ijerph17082787.
8. SILVA, J. Anafilaxia: atualização 2021. *Departamento Científico de Alergia*. Sociedade Brasileira de Pediatria, p. 1-15, 2021.