

CAPÍTULO 1

ANAFILAXIA

Estela de Oliveira Rodrigues

Discente da Universidade Professor Edson Antônio Velano (UNIFENAS)



doi

10.59290/978-65-6029-202-4.1

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 autoinjeter 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.