



Anafilaxia

1. Condição Médica

A anafilaxia é definida como uma reação alérgica grave de rápido início e potencialmente fatal. Geralmente ocorre em ambiente comunitário. A prevalência acumulada é de 0,05-2%. A taxa de ocorrência é cada vez maior, especialmente na juventude. A morte por anafilaxia é rara, no entanto, provavelmente encontra-se sub-reportada.

A fisiopatologia da anafilaxia é usualmente mediada através de um mecanismo imune dependente da IgE. Os despoletores desta reação podem ser alimentos, como amendoins, nozes, crustáceos, picadas de insectos venenosos, latex natural de borracha, meios de contraste radiológico e fármacos (ex.: antibióticos beta-lactâmicos ou anti-inflamatórios não esteróides). Também pode ser mediada através de activação directa (não-imune) dos mastócitos, em consequência do exercício, frio, calor, luz solar/radiação UV, etanol e algumas substâncias (como os opióides). A anafilaxia idiopática é um diagnóstico de exclusão, conclusão obtida quando se desconhece o agente que pode ter despoletado a reacção. Em doentes com este diagnóstico deve ser realizado o despiste quando à presença de mastocitose.

2. Diagnóstico

A. História Médica

O diagnóstico é estabelecido com base na história detalhada do episódio e no reconhecimento dos sintomas e sinais que surgem de forma repentina, geralmente em minutos ou horas após a exposição ao alérgeno. A progressão dos sintomas e sinais pode ser extremamente rápida e a morte pode ocorrer em minutos após o início da sintomatologia

B. Critérios de Diagnóstico

A anafilaxia enquanto diagnóstico é muito provável quando um dos seguintes três critérios está presente:

1. Início agudo de uma doença (minutos a várias horas), com envolvimento da pele, das mucosas, ou ambos (por exemplo, urticária, prurido, rubor, edema dos lábios / língua) e, pelo menos, uma das seguintes situações:
 - a. Compromisso respiratório (dispneia, broncospasmo com pieira, estridor, hipoxemia);
 - b. Redução da pressão arterial ou sintomas associados de falência de órgãos-alvo (hipotonia, colapso e incontinência).
2. Dois ou mais dos seguintes sintomas que ocorrem rapidamente no doente após a exposição a um provável alérgeno (minutos a horas):
 - a. Envolvimento da pele ou mucosas;
 - b. Compromisso respiratório;
 - c. Redução da pressão arterial;
 - d. Sintomas gastrointestinais (Cólicas, dores abdominais ou vómitos)

ANAFILAXIA

3. Redução da pressão arterial após exposição a um alérgico conhecido para o doente (minutos a horas); em adultos: pressão sistólica inferior a 90 mm Hg ou redução em mais de 30% em relação ao valor basal do doente em questão.

C. Cofactores que podem contribuir para a anafilaxia:

a. Factores relacionados com a idade:

Adolescência (comportamentos de risco), gravidez, idosos.

b. Doenças concomitantes:

Asma, outras doenças respiratórias, doenças cardiovasculares, mastocitose ou patologia clonal dos mastócitos, rinite alérgica, eczema, doença psiquiátrica

c. Utilização em simultâneo de medicamentos ou químicos:

Bloqueadores beta-adrenérgicos, Inibidores da enzima de conversão da angiotensina, sedativos, hipnóticos, antidepressivos, drogas de uso recreativo (álcool/etanol)

d. Cofactores que potencialmente amplificam a anafilaxia:

Exercício, infeção aguda (exemplo: constipação ou febre), stress emocional, estado pré-menstrual, alteração da rotina diária (viagens)

D. Diagnóstico diferencial:

Urticária aguda generalizada

Asma aguda

Síncope (desmaio)

Ataque de pânico ou ataque de ansiedade agudo

Aspiração de corpo estranho

Episódio cardiovascular

Episódio neurológico

Síndromes pós-prandial, ex.: escoimbrodose, anisacuíase, intoxicação alimentar

Doença não-orgânica, por exemplo, disfunção das cordas vocais.

E. Investigação Laboratorial (Análises laboratoriais)

Os Testes laboratoriais para confirmação do diagnóstico clínico de anafilaxia não estão disponíveis universalmente, e não estão disponíveis para situações de emergência em nenhum local, pois os ensaios demoram pelo menos 3-4 horas para serem executados. Os testes laboratoriais não são específicos para o diagnóstico de anafilaxia.

O teste mais utilizado em todo o mundo é a medição do nível sérico de triptase, determinado a partir de uma amostra de sangue obtida entre 15 minutos até 3 horas, após o início dos sintomas. Um nível elevado de triptase pode confirmar o diagnóstico clínico de anafilaxia. Um nível de triptase dentro dos limites normais, não pode ser utilizado para excluir anafilaxia, por exemplo. Os níveis de triptase raramente são elevados nos casos de anafilaxia desencadeada por alimentos.

Em resumo, as investigações laboratoriais, embora potencialmente úteis, muitas vezes não se encontram disponíveis e não fazem parte integrante do diagnóstico.

3. Tratamentos Proibidos

A. Denominação das substâncias proibidas:

S6. Estimulantes específicos. Epinefrina (Adrenalina) - proibida apenas em competição.

- Via: Intramuscular na região médio-lateral da coxa
- Dose: 0,01 mg/kg de uma solução de 1:1000 (1 mg/1 ml) (máximo de 0,5 mg para adolescentes ou adultos)
- Frequência: a injeção pode ser repetida após 5-15 minutos, caso seja necessário
- Duração recomendada: maioria dos doentes respondem a 1-2 doses
- Requisitos da AUT: a AUT de emergência/retrospectiva para a epinefrina (adrenalina) é requerida em período de competição

B. Denominação das substâncias proibidas:

S.9. Glucocorticosteroides sistémicos- proibidos apenas em competição.

(exemplo: Hidrocortisona ou metilprednisolona)

**Os glucocorticosteroides sistémicos são de 2ª linha no tratamento da anafilaxia. A efectividade destes fármacos na anafilaxia não está confirmada e a dosagem é extrapolada da sua utilização na asma aguda. O início do efeito apenas se verifica após algumas horas (ou mais), fazendo com que os glucocorticosteroides sistémicos não sejam recomendados como primeira linha no tratamento. A efetividade de glucocorticosteroides no tratamento da anafilaxia não está provada.

- Via: intravenosa
- Dose: Hidrocortisona 200 mg ou metilprednisolona 50-100 mg
- Frequência: infusão contínua durante o período de estabilização
- Duração recomendada: durante um período curto e finito de tempo, durante a estabilização da emergência.
- Requisitos da AUT: uma AUT retrospectiva é requerida para a utilização de glucocorticosteroides por via intravenosa durante o período de competição.

A administração por via oral ou intramuscular de glucocorticoides também pode ser utilizada após a administração do tratamento de 1ª linha.

4. Outros tratamentos alternativos permitidos

Uma vez que anafilaxia é uma emergência médica, é importante que exista um protocolo definido para estas situações, sendo o mesmo praticado e ensaiado de forma regular.

Protocolo de emergência para o tratamento inicial de Anafilaxia:

- Eliminar a exposição ao agente potencialmente causador ou ao factor de agravamento, se possível; exemplo: descontinuar a administração IV de medicação, eliminar a exposição ao latex ou parar a prática de exercício.
- Avaliar o sistema circulatório do doente, vias respiratórias, respiração, estado mental, pele e peso corporal
- De forma imediata e simultânea:
 - Chamar a emergência médica ou a equipa de ressuscitação

- Injecção intramuscular imediata de epinefrina (adrenalina) (consultar o ponto 3)
- Posicionar o doente de costas, com os membros inferiores elevados
- Etapas adicionais importantes, quando adequadas:
 - Administrar oxigénio suplementar, a 6-8 litros por minuto, através de máscara facial
 - Manter as vias aéreas abertas/desobstruídas
 - Estabelecer um acesso intravenoso
 - Administrar fluídos normosalinos de ressuscitação (infusão rápida de 1-2 litros)
 - Iniciar a ressuscitação cardiorrespiratória
 - Vigiar a tensão arterial, frequência cardíaca, estado respiratório e oxigenação de forma contínua, se possível pelo menos durante 4 -10 horas, dependente da gravidade do episódio anafiláctico. Podem ocorrer reacções bifásicas.

Medicamentos de segunda linha não são *life-savings* (essenciais à vida) pois não aliviam a obstrução aérea superior, hipotensão ou choque. Estes medicamentos incluem:

- Agonistas beta-2-adrenérgicos tal como salbutamol 2,5 mg/3 ml ou 5mg/3 ml administrado por nebulizador ou máscara facial. De ressaltar que apesar do salbutamol não ser proibido por inalação nas doses terapêuticas usuais, é possível que doses mais elevadas sejam administradas nesta situação, o que requer uma AUT retroactiva/emergência.
- Anti-histamínicos H1 não sedativos e não-incapacitantes, como a desloratadina 5 mg ou levocetirizina 5 mg por via oral, ou um anti-histamínico H1 sedativos de 1º geração e potencialmente incapacitante, como 10 mg clorofeniramina ou difenidramina 25-50mg, administrados por via intravenosa.
- Glucocorticosteroides sistémicos como a hidrocortisona 200 mg (adulto) ou metilprednisolona 50-100 mg (adulto) por infusão intravenosa (consultar o ponto 3).

4

No momento da alta médica, o doente deve levar consigo epinefrina (adrenalina) para auto-administração, em caso de um novo evento de anafilaxia recorrente. Os doentes com risco de recorrência deverão ter um ou mais auto-injetores de epinefrina (adrenalina), com uma dose de 0,3 mg (ex.: Anapen) sempre consigo. A utilização do auto-injector (caneta) durante o período de competição requer uma AUT retroactiva/emergência, que deve ser submetida o mais depressa possível junto da organização antidopagem relevante.

Devem ter sempre consigo um plano de emergência, personalizado para a anafilaxia e devem ser portadores de informação que sinalize a sua condição médica.

Recomenda-se uma visita de seguimento com um médico especialista em alergia/imunologia de forma a confirmar a causa que desencadeia a anafilaxia.

A prevenção de recorrências depende estritamente de evitar o contacto com os alérgenos ou causas de reacção anafiláctica confirmadas. Doentes com anafilaxia induzida por picadas de insectos devem receber imunoterapia com veneno do insecto standardizado.

5. Consequências para a saúde em caso de adiamento do tratamento

Potencialmente fatal ou incapacidade permanente devido a encefalopatia hipóxico-isquémica.

6. Monitorização do Tratamento

Idealmente, o doente deve ser observado num serviço específico de emergência médica.

O acompanhamento por um especialista é recomendado para confirmar a causa do episódio anafiláctico, e se indicado, iniciar imunoterapia.

7. Validade da AUT e processo de revisão recomendado

A AUT na anafilaxia é retrospectiva por natureza. A terapêutica deve ser mantida até à eliminação dos sintomas. O tratamento é usualmente de curta duração, tal como a duração da AUT.

A terapia por via IV durante a admissão hospitalar não é proibida (M2) e não requer AUT, no entanto a AUT pode ser necessária para administração de substâncias proibidas (ex.: glucocorticosteroides).

8. Medidas de Precaução Apropriadas

O atraso na injeção de epinefrina (adrenalina) foi associado a casos fatais ou com encefalopatia hipóxico-isquémica.

Alguns doentes não respondem ao tratamento imediato e inicial com epinefrina intramuscular, oxigenação suplementar a fluídos de reanimação por via IV, conforme descrito na seção 4. Estes doentes devem ser transferidos de imediato para um serviço de medicina de emergência ou de cuidados intensivos, para uma monitorização mais especializada das vias aéreas e um controlo otimizado do choque com vasopressores intravenosos administrados através de bomba infusora, com titulação de dose com base na monitorização contínua e não-invasiva da frequência cardíaca, pressão arterial e oxigenação.

9. Referências

Simons FER, Arduzzo L, Bilò MB, El-Gamal YM, Ledford DK, Ring J, Sanchez-Borges M, Senna GE, Sheikh A, Thong BY. World Allergy Organization anaphylaxis guidelines: Summary. *J Allergy Clin Immunol*; 2011;127:587-593.e22

10. Peritos consultados

Dr. F. Estelle R. Simons, University of Manitoba, CAN

Dr. Ken Fitch, University of Western Australia, AUS

