

NORMA

DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

1899-2012
112 anos

Direção-Geral da Saúde
www.dgs.pt



NÚMERO: 004/2012

DATA: 15/11/2012

ASSUNTO: Anafilaxia: Registo e Encaminhamento
PALAVRAS-CHAVE: Anafilaxia; Imuno-Alergologia
PARA: Médicos do Sistema Nacional de Saúde
CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt)

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, a Direção-Geral da Saúde, por proposta conjunta do Departamento da Qualidade na Saúde e da Ordem dos Médicos, emite a seguinte

I – NORMA

1. O registo dos quadros de anafilaxia, confirmados ou suspeitos, é obrigatório no Catálogo Português de Alergias e outras Reações Adversas (CPARA), independentemente do grupo etário do doente ou da identificação do agente causal, tal como definido na Norma nº 002/2012 de 04/07/2012, para o Registo de Alergias e Reações Adversas (*Evidência B/Recomendação Grau I*).
2. O registo de dados relativos a episódios anteriores de anafilaxia é igualmente obrigatório (*Evidência B/Recomendação Grau I*).
3. Os doentes com diagnóstico confirmado ou suspeito de anafilaxia, são referenciados, com carácter prioritário, para consulta de Imuno-Alergologia com o objetivo de (*Evidência B/Recomendação Grau I*):
 - a) Confirmar o diagnóstico.
 - b) Identificar e/ou confirmar o agente desencadeante.
 - c) Avaliar co-fatores que possam ter contribuído para a ocorrência do episódio.
 - d) Determinar a existência de fatores com repercussão na gravidade da anafilaxia.
 - e) Implementar estratégias de evicção do contacto com o agente desencadeante.
 - f) Avaliar a modificação da história natural da doença alérgica.
 - g) Planificar a abordagem e medidas de auto-tratamento em posteriores crises agudas.
 - h) Prevenir a recorrência dos sintomas e a mortalidade por anafilaxia.
4. O processo de referência deve incluir resumo da informação clínica e tratamento efetuado (*Evidência C/Recomendação Grau I*).
5. As exceções à presente Norma são fundamentadas clinicamente, com registo no processo clínico.
6. A Norma será revista, no máximo ao fim de 3 anos ou sempre que a evidencia científica o aconselhe.

II – CRITÉRIOS

- a) Após um episódio de anafilaxia, atual ou passado, a avaliação do doente e a implementação de estratégias preventivas para a minimização do risco futuro de novos episódios e da mortalidade relacionada, exige uma intervenção especializada (*Evidência B/Recomendação Grau I*).
- b) A anafilaxia é uma manifestação de alergia que pode ser fatal, sendo mandatória a confirmação do diagnóstico, causal e etiopatogénico e a avaliação de co-fatores de gravidade (*Evidência B/Recomendação Grau I*).
- c) A educação do doente com clínica de anafilaxia e/ou dos seus conviventes é fundamental (*Evidência B/Recomendação Grau I*).
- d) O doente deve receber um plano de ação escrito, onde se incluem as medidas de evitação e o tratamento das manifestações de anafilaxia (*Evidência B/Recomendação Grau I*).
- e) Os dispositivos de autoadministração de adrenalina podem ser prescritos para o tratamento imediato dos episódios de anafilaxia no ambulatório (*Evidência B/Recomendação Grau I*).
- f) A avaliação pelo especialista em Imuno-Alergologia pode indicar a instituição de vacinação antialérgica ou a aplicação de tratamentos de dessensibilização específica (*Evidência B/Recomendação Grau I*).
- g) A mortalidade por anafilaxia em populações de risco é prevenível (*Evidência B/Recomendação Grau I*).

III – AVALIAÇÃO

- a) A avaliação da implementação da presente Norma é contínua, executada a nível local, regional e nacional, através de processos de auditoria interna e externa.
- b) A parametrização dos sistemas de informação para a monitorização e avaliação da implementação e impacte da presente Norma é da responsabilidade das administrações regionais de saúde e das direções dos hospitais.
- c) A efetividade da implementação da presente Norma nos cuidados de saúde primários e nos cuidados hospitalares e a emissão de diretivas e instruções para o seu cumprimento é da responsabilidade dos conselhos clínicos dos agrupamentos de centros de saúde e das direções clínicas dos hospitais.
- d) A Direção-Geral da Saúde, através do Departamento da Qualidade na Saúde, elabora e divulga relatórios de progresso de monitorização.
- e) A implementação da presente Norma é monitorizada e avaliada através dos seguintes indicadores:
 - i. Administração parentérica de adrenalina a doentes com anafilaxia.
 - (i). Numerador: Número de doentes registados no CPARA com o diagnóstico de anafilaxia tratados com adrenalina parentérica (serviços urgência / emergência);
 - (ii). Denominador: Número de doentes registados no CPARA com o diagnóstico de anafilaxia.

- ii. Referenciação para Imuno-Alergologia.
 - (i). Numerador: Número de doentes referenciados com diagnóstico confirmado ou suspeito de anafilaxia para consulta de Imuno-Alergologia;
 - (ii). Denominador: Número de doentes registados no CPARA com diagnóstico de anafilaxia.
- iii. Taxa de mortalidade (anual) por anafilaxia.
 - (i). Numerador: Número (anual) de óbitos por anafilaxia;
 - (ii). Denominador: Número de óbitos no mesmo período.

IV – FUNDAMENTAÇÃO

- a) A anafilaxia é uma manifestação sistémica, de instalação súbita e de gravidade variável, potencialmente fatal, de reacções de hipersensibilidade com etiopatogenia imunológica ou não imunológica. A libertação maciça de mediadores pré-formados pelos mastócitos e/ou basófilos é responsável pela clínica imediata; as manifestações tardias podem traduzir o envolvimento adicional de outras células e mediadores.
- b) O diagnóstico é essencialmente clínico, podendo no entanto ser apoiado pelo doseamento da triptase sérica.
- c) As manifestações são habitualmente recorrentes e mesmo sinais e sintomas ligeiros podem preceder manifestações de extrema gravidade; podem não existir manifestações mucocutâneas, apesar de estas serem as mais frequentes.
- d) São conhecidos os principais agentes causais (alimentos, medicamentos, insectos e outros alérgenos, agentes físicos, entre outros), sendo possível após uma avaliação pelo imunoalergologista identificar a etiopatogenia e os factores de gravidade da maioria dos quadros anafilácticos, nomeadamente co-morbilidades ou medicações em uso; a anafilaxia idiopática representa uma pequena percentagem da totalidade de casos.
- e) A anafilaxia em qualquer grupo etário é uma emergência médica que requer tratamento imediato, sendo a precocidade da intervenção fundamental para o sucesso terapêutico, quer na prevenção de manifestações clínicas tardias, quer na prevenção da mortalidade.
- f) A adrenalina em administração intra-muscular, preferencialmente na face antero-lateral da coxa, é essencial no controlo das manifestações clínicas de anafilaxia.
- g) Muitos doentes com anafilaxia não recebem um tratamento adequado à sua situação clínica, nomeadamente não sendo prescrita adrenalina, nem são referenciados para consultas de Imuno-Alergologia, situação que estará relacionada com a falta de reconhecimento da doença e/ou da sua gravidade potencial, e que influenciará a morbilidade e a mortalidade da doença.
- h) Após a identificação de um caso confirmado ou suspeito de anafilaxia a referenciação para consulta de Imuno-Alergologia deve ser um procedimento considerado prioritário, pelo que o mesmo deverá estar previsto pelos sistemas de saúde.
- i) A intervenção do especialista permite adequar a abordagem diagnóstica e programar as medidas preventivas, gerais e específicas, que visem reduzir o impacto da doença, incluindo a sua mortalidade, monitorizando regularmente a situação clínica.

- j) É essencial prestar informação ao doente e/ou aos seus conviventes sobre o reconhecimento dos sinais e sintomas de anafilaxia, imediatos e tardios, e a necessidade do recurso imediato ao tratamento e a serviços de saúde, podendo incluir o uso de dispositivos para auto-administração de adrenalina em ambulatório (especialmente quando existe envolvimento das vias aéreas e/ou hipotensão, história prévia de asma, ou se o agente causal é de evicção difícil), cuja utilização deve ser sempre demonstrada.

V – APOIO CIENTÍFICO

- a) A presente Norma foi elaborada pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde e pelo Conselho para Auditoria e Qualidade da Ordem dos Médicos, através dos seus Colégios de Especialidade, ao abrigo do protocolo entre a Direção-Geral da Saúde e a Ordem dos Médicos, no âmbito da melhoria da Qualidade no Sistema de Saúde.
- b) Celso Pereira e Mário Morais de Almeida (coordenação científica), Filipa Sabino (coordenação executiva) e Elza Tomaz.
- c) Foram subscritas declarações de interesse de todos os peritos envolvidos na elaboração da presente Norma.

BIBLIOGRAFIA

Simons E, Arduzzo L, Bilò B, et al. for the World Allergy Organization. 2012 Update: World Allergy Organization. Guidelines for the assessment and management of anaphylaxis. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2012;12:389–99.

Simons FE, Arduzzo LR, Bilò MB, et al. World Allergy Organization anaphylaxis guidelines: Summary. *J Allergy Clin Immunol*. 2011;12:587-93.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NHS). Anaphylaxis - Assessment to confirm an anaphylactic episode and the decision to refer after emergency treatment for a suspected anaphylactic episode. Centre for Clinical Practice at NICE, UK. NICE Clinical Guideline 134, 2011:1-95.

Morais-Almeida M, Santa-Marta C, Gaspar A. Anafilaxia. *In Tratado de Alergia e Imunologia Clínica*. Editores: Solé D, Bernd LA, Rosário N – São Paulo, Brasil: Editora Atheneu, 2011;Cap.21:269-88.

Joint Task Force on Practice Parameters: American Academy of Allergy, Asthma and Immunology, American College of Allergy, Asthma and Immunology, Joint Council of Allergy, Asthma and Immunology. The diagnosis and management of anaphylaxis: practice parameter: 2010 Update. *J Allergy Clin Immunol*. 2010;126:477-80.

Muraro A, Roberts G, Clark A, et al. The management of anaphylaxis in childhood: position paper of the European Academy of Allergology and Clinical Immunology. *Allergy* 2007;62:857-71.

Francisco George
Diretor-Geral da Saúde

ANEXOS

Anexo I: Critérios clínicos de diagnóstico de anafilaxia

Quadro 1 – Critérios clínicos de diagnóstico de anafilaxia

Deve considerar-se anafilaxia como muito provável quando exista uma reação sistémica grave, na presença de pelo menos um dos três critérios clínicos seguintes:

1. Início súbito (minutos a algumas horas) com envolvimento da pele e/ou mucosas (urticária, eritema ou prurido generalizado; edema dos lábios, da língua ou da úvula) e pelo menos um dos seguintes:
 - a. Compromisso respiratório - dispneia, sibilância / broncospasmo, estridor, diminuição do DEMI/PEF, hipoxémia
 - b. Hipotensão ou sintomas associados de disfunção de órgão terminal - hipotonia [colapso], síncope, incontinência
2. Ocorrência de dois ou mais dos seguintes ocorrendo subitamente após exposição a um alérgeno provável para aquele doente (minutos a algumas horas):
 - a. Envolvimento da pele e/ou mucosas - urticária, eritema ou prurido generalizado; edema dos lábios, da língua ou da úvula
 - b. Compromisso respiratório - dispneia, sibilância / broncospasmo, estridor, diminuição do DEMI/PEF, hipoxémia
 - c. Hipotensão ou sintomas associados - ex. hipotonia [colapso], síncope, incontinência
 - d. Sintomas gastrintestinais súbitos – cólica abdominal, vômitos
3. Hipotensão após exposição a um alérgeno conhecido para aquele doente (minutos a algumas horas):
 - a. Lactentes e crianças: PA sistólica reduzida (específica para a idade) ou diminuição da PA sistólica superior a 30%*
 - b. Adultos: PA sistólica inferior a 90mmHg ou diminuição do valor basal do doente superior a 30%

DEMI – débito expiratório máximo instantâneo; PA - pressão arterial

* PA sistólica diminuída para crianças é definida como:

< 1 ano idade - inferior a 70mmHg / 1-10 anos – inferior a [70mmHg + (2x idade)] / 11 – 17 anos - inferior a 90mmHg

Anexo II: Classificação da anafilaxia por graus de gravidade

Quadro 2. Classificação por graus de gravidade

Classificação	Pele	Aparelho Gastrointestinal	Aparelho Respiratório	Aparelho cardiovascular	Sistema neuroológico
Ligeira	Prurido generalizado, <i>flushing</i> , urticária, angioedema	Prurido orofaríngeo, edema labial, sensação de opressão orofaríngea, náuseas, dor abdominal ligeira	Rinite, sensação de opressão na garganta, broncospasmo ligeiro	Taquicardia	Ansiedade, alteração do nível de actividade
Moderada	Sintomas anteriores	Sintomas anteriores + dor abdominal intensa, diarreia, vómitos recorrentes	Sintomas anteriores + disfonia, tosse laríngea, estridor, dispneia, broncospasmo moderado	Sintomas anteriores	Sensação de lipotimia
Grave	Sintomas anteriores	Sintomas anteriores + perda de controlo de esfíncteres	Sintomas anteriores + cianose, satO₂ <92%, paragem respiratória	Hipotensão, choque, disritmia, bradicardia grave, paragem cardíaca	Confusão, perda de consciência