

NÚMERO: 004/2012
DATA: 16/12/2012
ATUALIZAÇÃO 18/12/2014

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

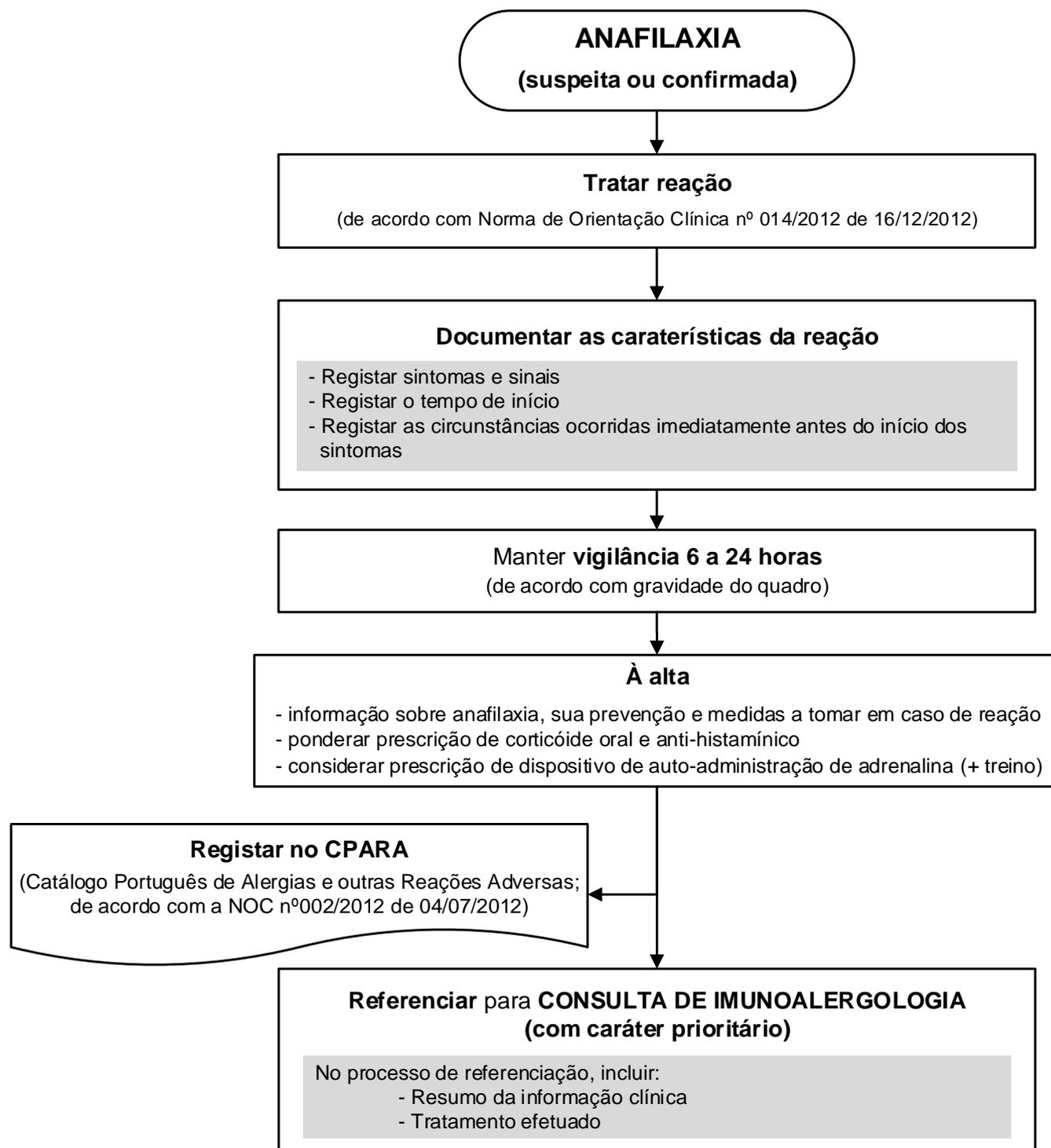
Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de Janeiro, por proposta conjunta do Departamento da Qualidade na Saúde e da Ordem dos Médicos, emite a seguinte:

NORMA

1. O registo dos quadros de anafilaxia (Anexo I, Quadros I e II), 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 N.º 002/2012 de 04/07/2012 "Registo de Alergias e Reações Adversas" (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I) ⁽¹⁻⁴⁾.
2. O registo de dados relativos a episódios anteriores de anafilaxia é igualmente obrigatório (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I) ⁽¹⁻⁴⁾.
3. Os doentes com diagnóstico confirmado ou suspeito de anafilaxia, são referenciados no prazo máximo de sessenta dias (com carácter prioritário), para consulta de imunoalergologia com o objetivo de (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação I) ⁽¹⁻⁷⁾:
 - a) Confirmar o diagnóstico;
 - b) Identificar e/ou confirmar o agente desencadeante;
 - c) Avaliar cofatores 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 autotratamento em posteriores crises agudas;
 - h) Prevenir a recorrência dos sintomas e a mortalidade por anafilaxia.
4. O processo de referência deve incluir (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I) ⁽⁷⁾:
 - a) Resumo da informação clínica; e
 - b) Tratamento efetuado.

5. A referenciação deve ser efetuada de acordo com a rede de referenciação hospitalar em imunoalergologia.
6. Qualquer exceção à Norma é fundamentada clinicamente, com registo no processo clínico.

7. O algoritmo clínico



8. O instrumento de auditoria clínica

Instrumento de Auditoria Clínica				
Norma "Anafilaxia: Registo e Encaminhamento "				
Unidade:				
Data: ___/___/___		Equipa auditora:		
1: Registo				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência que o registo dos quadros de anafilaxia confirmados ou suspeitos, de acordo com o Anexo I (quadros I e II) da presente Norma é obrigatório no Catálogo Português de Alergias e outras Reações Adversas (CPARA), independentemente do grupo etário do doente ou da identificação do agente causal, de acordo com a Norma N.º 002/2012 "Registo de Alergias e Reações Adversas				
Existe evidência que o registo de dados relativos a episódios anteriores de anafilaxia é igualmente obrigatório				
Existe evidência de que o doente com diagnóstico confirmado ou suspeito de anafilaxia é referenciado, com carácter prioritário, para consulta de imunoalergologia				
Sub-total	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			
2:Encaminhamento				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência que a referenciação a consulta de imunoalergologia com carácter prioritário (a efetivar no prazo máximo de 60 dias) é realizada quando o doente apresenta diagnóstico confirmado ou suspeito de anafilaxia				
Existe evidência que o processo de referenciação deve incluir o resumo da informação clínica e o tratamento efetuado				
Existe evidência de que a referenciação é efetuada de acordo com a rede de referenciação hospitalar em imunoalergologia				
Sub-total	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			

Avaliação de cada padrão: $x = \frac{\text{Total de respostas SIM}}{\text{Total de respostas aplicáveis}} \times 100 = (\text{IQ}) \text{ de } \dots\%$

9. A presente Norma, atualizada com os contributos científicos recebidos durante a discussão pública, revoga a versão de 16/12/2012 e será atualizada sempre que a evolução da evidência científica assim o determine.
10. O texto de apoio seguinte orienta e fundamenta a implementação da presente Norma.



Francisco George
Diretor-Geral da Saúde

TEXTO DE APOIO

Conceito, definições e orientações

- 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 (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação I)⁽²⁻⁷⁾.
- 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 cofatores de gravidade (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação I)^(2-4,6,7).
- C. A educação do doente com clínica de anafilaxia e/ou dos seus conviventes é fundamental (Evidência B/Grau de Recomendação Grau I)⁽²⁻⁷⁾.
- D. O doente deve receber um plano de ação escrito, onde se incluem as medidas de evicção e o tratamento das manifestações de anafilaxia (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação I)⁽¹⁻⁷⁾.
- E. Os dispositivos de autoadministração de adrenalina podem ser prescritos para o tratamento imediato dos episódios de anafilaxia no ambulatório (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação I)⁽²⁻⁷⁾.
- F. A avaliação pelo especialista em imun alergologia pode indicar a instituição de vacinação antialérgica ou a aplicação de tratamentos de dessensibilização específica (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação I)^(2-4,6).
- G. A mortalidade por anafilaxia em populações de risco é prevenível (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação I)⁽¹⁻⁷⁾.

Fundamentação

- A. A anafilaxia é uma manifestação sistémica, de instalação súbita e de gravidade variável, potencialmente fatal, de reações de hipersensibilidade com etiopatogenia imunológica ou não imunológica (Anexo I, Quadro I e II)^(2-4,8). A libertação maciça de mediadores preformados 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 (Anexo I, Quadro I), podendo no entanto ser apoiado pelo doseamento da triptase sérica^(2-4,6,7).
- 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^(2,8).
- D. São conhecidos os principais agentes causais (alimentos, medicamentos, insetos e outros alérgenos, agentes físicos, entre outros), sendo possível após uma avaliação pelo imun alergologista identificar

a etiopatogenia e os fatores de gravidade da maioria dos quadros anafiláticos, nomeadamente comorbilidades ou medicações em uso ^(2-4,6); 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 ⁽²⁻⁷⁾.
- F. A adrenalina em administração intramuscular, preferencialmente na face ântero-lateral da coxa, é essencial no controlo das manifestações clínicas de anafilaxia ⁽²⁻⁷⁾.
- 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 imunoalergologia, 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 anafilaxia ^(9-12,13).
- H. Após a identificação de um caso confirmado ou suspeito de anafilaxia a referência para consulta de imunoalergologia deve ser um procedimento considerado prioritário, pelo que o mesmo deverá estar previsto pelos sistemas de saúde ⁽²⁻⁷⁾.
- 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 ⁽²⁻⁶⁾.
- 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 autoadministração 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 ^(2-7,13).

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 dos dirigentes máximos das unidades prestadoras de cuidados de saúde.
- 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 implementação da presente Norma pode ser monitorizada e avaliada através dos seguintes indicadores:

- 1) Administração parentérica de adrenalina a doentes com anafilaxia:
 - a) Numerador: Número de doentes registados no CPARA com o diagnóstico de anafilaxia tratados com adrenalina parentérica (serviços urgência / emergência);
 - b) Denominador: Número de doentes registados no CPARA com o diagnóstico de anafilaxia.
- 2) Referenciação para imunoalergologia:
 - a) Numerador: Número de doentes referenciados com diagnóstico confirmado ou suspeito de anafilaxia para consulta de imunoalergologia;
 - b) Denominador: Número de doentes registados no CPARA com diagnóstico de anafilaxia.
- 3) Taxa de mortalidade (anual) por anafilaxia:
 - a) Numerador: Número (anual) de óbitos por anafilaxia;
 - b) Denominador: Número de óbitos no mesmo período.

Comité Científico

- A. A proposta da presente Norma foi elaborada no âmbito do Departamento da Qualidade na Saúde e do Programa Nacional para as Doenças Oncológicas da Direção-Geral da Saúde e do Conselho para Auditoria e Qualidade da Ordem dos Médicos, através dos seus colégios de especialidade, ao abrigo do protocolo existente entre a Direção-Geral da Saúde e a Ordem dos Médicos.
- B. A proposta da presente Norma foi elaborada por Celso Pereira, Mário Morais de Almeida (coordenação científica), Ana Margarida Pereira e Elza Tomaz.
- C. Todos os peritos envolvidos na elaboração da presente Norma cumpriram o determinado pelo Decreto-Lei n.º 14/2014 de 22 de janeiro, no que se refere à declaração de inexistência de incompatibilidades.
- D. A avaliação científica do conteúdo final da presente Norma foi efetuada no âmbito do Departamento da Qualidade na Saúde.

Coordenação Executiva

Na elaboração da presente Norma a coordenação executiva foi assegurada por Cristina Martins d'Arrábida, do Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde.

Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas

Pelo Despacho n.º 7584/2012, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, de 23 de maio, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 107, de 1 de junho de 2012, a Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas tem como missão a validação científica do conteúdo das Normas Clínicas emitidas

pela Direção-Geral da Saúde. Nesta Comissão, a representação do Departamento da Qualidade na Saúde é assegurada por Henrique Luz Rodrigues.

Siglas/Acrónimos

Sigla/acrónimo	Designação
CPARA	Catálogo Português de Alergias e outras Reações Adversas

Referências Bibliográficas

1. Dhami S, Panesar SS, Roberts G, Muraro A, Worm M, Bilo MB, et al. Management of anaphylaxis: a systematic review. *Allergy*. 2014;69:168-75.
2. Muraro A, Roberts G, Worm M, Bilo MB, Brockow K, Fernandez Rivas M, et al. Anaphylaxis: guidelines from the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. *Allergy*. 2014;69:1026-45.
3. Simons FE, Arduso LR, Bilo MB, Cardona V, Ebisawa M, El-Gamal YM, et al. International consensus on (ICON) anaphylaxis. *World Allergy Organ J*. 2014;7:9.
4. Simons FE, Arduso LR, Dimov V, Ebisawa M, El-Gamal YM, Lockey RF, et al. World Allergy Organization Anaphylaxis Guidelines: 2013 update of the evidence base. *Int Arch Allergy Immunol*. 2013;162:193-204.
5. Wasserman S, Chad Z, Francoeur MJ, Small P, Stark D, Vander Leek TK, et al. Management of anaphylaxis in primary care: Canadian expert consensus recommendations. *Allergy*. 2010;65:1082-92.
6. Lieberman P, Nicklas RA, Oppenheimer J, Kemp SF, Lang DM, Bernstein DI, et al. The diagnosis and management of anaphylaxis practice parameter: 2010 Update. *J Allergy Clin Immunol*. 2010;126:477-80.
7. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Anaphylaxis: assessment to confirm an anaphylactic episode and the decision to refer after emergency treatment for a suspected anaphylactic episode. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). 2011:(Clinical guideline; no. 134).
8. Simons FE, Arduso LR, Bilo MB, El-Gamal YM, Ledford DK, Ring J, et al. World Allergy Organization guidelines for the assessment and management of anaphylaxis. *World Allergy Organ J*. 2011;4:13-37.
9. Campbell RL, Luke A, Weaver AL, St Sauver JL, Bergstralh EJ, Li JT, et al. Prescriptions for self-injectable epinephrine and follow-up referral in emergency department patients presenting with anaphylaxis. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2008;101:631-6.
10. Kastner M, Harada L, Wasserman S. Gaps in anaphylaxis management at the level of physicians, patients, and the community: a systematic review of the literature. *Allergy*. 2010;65:435-44.

- 11.Landsman-Blumberg PB, Wei W, Douglas D, Smith DM, Clark S, Camargo CA, Jr. Concordance with recommended postdischarge care guidelines among children with food-induced anaphylaxis. *J Pediatr.* 2014;164:1444-8.
- 12.Song TT, Worm M, Lieberman P. Anaphylaxis treatment: current barriers to adrenaline auto-injector use. *Allergy.* 2014;69:983-91.
- 13.Brockow K, Schallmayer S, Beyer K, Biedermann T, Fischer J, Gebert N, et al. Effects of a structured educational intervention on knowledge and emergency management in patients at risk for anaphylaxis. *Allergy.* 2014;doi:10.1111/all.12548.

ANEXOS

Anexo I – Quadros

Quadro I – 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/PE ou hipoxemia
 - b. Hipotensão ou sintomas associados de disfunção de órgão terminal - hipotonia [colapso], síncope ou incontinência
2. Ocorrência de dois ou mais dos seguintes ocorrendo subitamente após exposição a um alérgeno muito 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/PE ou hipoxemia
 - c. Hipotensão ou sintomas associados - ex. hipotonia [colapso], síncope, incontinência
 - d. Sintomas gastrointestinais súbitos - cólica abdominal, vómitos
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 de idade - inferior a 70mmHg;
1-10 anos – inferior a [70mmHg + (2x idade)];
11-17 anos - inferior a 90mmHg

Quadro II. Classificação da anafilaxia por graus de gravidade

Classificação	Pele	Aparelho Gastrointestinal	Aparelho Respiratório	Aparelho cardiovascular	Sistema Neurológico
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 atividade
Moderada	Sintomas anteriores	Sintomas anteriores + Dor abdominal intensa, diarreia, vômitos recorrentes	Sintomas anteriores + Disfonia, tosse laríngea, estridor, dispneia, broncospasmo moderado	Sintomas anteriores	Sensação de lipotímia
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