

PROTOCOLO DE MANEJO E ACESSO À ALERGOPEDIATRIA

Protocolo singularizado para o Município de
Jundiaí –2019
Versão II



Prefeitura
de Jundiaí

Organização e Elaboração

Núcleo de Regulação da Saúde
Unidade de Gestão de Promoção da Saúde

Dra. Mariana Riccetto- Alergologista do Núcleo Integrado de Saúde do Município de Jundiaí

Dra. Fabiana Petter Camillo- Pediatra –Assessoria Técnica da Saúde da Criança e Adolescência do Município de Jundiaí.

Diretoria: Fabiana Barrete de Alcântara Fredo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	04
FLUXO DE ATENDIMENTO.....	05
PRIORIZAÇÃO.....	06
ALERGIA ALIMENTAR.....	07
INTOLERÂNCIA A LACTOSE.....	18
RINITE ALÉRGICA.....	19
DERMATITE ATÓPICA.....	24
RAST, QUANDO SOLICITAR.....	28
SINAIS DE IMUNODEFICIENCIA.....	29
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	30
ANEXOS.....	31

APRESENTAÇÃO:

A **Atenção Primária a Saúde (APS)** se caracteriza como porta de entrada preferencial do SUS e como locus privilegiado de gestão do cuidado dos usuários e cumpre papel estratégico nas redes de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade.

Para isso, é necessário que a APS tenha alta resolutividade, o que depende da capacidade clínica e de cuidado de suas equipes, do grau de incorporação de tecnologias duras (diagnósticas e terapêuticas) e da articulação da Atenção Básica com outros pontos da rede de saúde.

O **Serviço Especializado** é marcado por diferentes gargalos no que se refere ao seu acesso, em especial no que se refere ao dimensionamento e organização das ofertas e em função da própria resolutividade APS.

Para que estes gargalos sejam superados é preciso organizar estratégias que impactem na APS, nos processos de *Regulação do Acesso* (desde os serviços solicitantes até as Centrais de Regulação), bem como na organização da Atenção Especializada.

Regulação da Assistência à Saúde visa ordenar o acesso às ações e serviços de saúde, priorizando consultas e procedimentos aos pacientes de maior risco, necessidade e/ou indicação clínica, em tempo oportuno.

Para este ordenamento são necessárias informações mínimas que permitam determinar esta necessidade. Neste sentido, o *desenvolvimento de protocolos* para os principais motivos de encaminhamento de cada especialidade ou para os principais procedimentos solicitados facilita a ação da regulação.

A *oferta deste protocolo* objetiva que, este seja mais uma estratégia para aumentar a ampliação do cuidado clínico, resolutividade, capacidade de coordenação do cuidado e a legitimidade social da APS. Complementarmente, ele deve servir como filtro de encaminhamentos desnecessários, priorizando o acesso dos pacientes às consultas e/ou procedimentos quando eles apresentem indicação clínica para tanto e otimizando o uso dos recursos em

saúde, além de impedir deslocamentos desnecessários e trazer maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera.

O *objetivo final* desta estratégia é reduzir o tempo de espera ao atendimento especializado, garantir o acompanhamento tanto pela especialidade quanto pela APS, além de dar qualificação e resolutividade ao cuidado, com cada ponto de atenção atuando dentro de suas competências e responsabilidades.

FLUXO DE ATENDIMENTO:

- A necessidade de consulta será determinada pelo profissional médico (pediatra) /generalista ESF da APS.
- Somente serão aptos ao agendamento os encaminhamentos que contenham todos os dados solicitados no formulário de encaminhamento.
- O paciente deverá ser agendado de acordo com Classificação de Prioridade (P2 / P3) e disponibilidade de vagas no SIIM pela própria UBS e quando for classificado como P1, deverá ser encaminhado por e-mail à Central de Regulação, que efetuará o agendamento em tempo oportuno seguindo critérios de priorização deste protocolo.
- O paciente será acompanhado conjuntamente pelo serviço de especialidade ou receberá o relatório de contra referência para acompanhamento na própria APS.

CRITERIOS PARA ENCAMINHAMENTO:

- Idade para atendimento: até 17 anos, 11 meses e 29 dias.
- Paciente deverá estar sendo acompanhado pelo médico da APS.
- Devem fazer parte deste encaminhamento quaisquer informações consideradas relevantes pelo profissional encaminhante, tais como: história, tempo de evolução, dados de exames físicos e outras situações clínicas, medicamentos em uso, exames e tratamento já realizados.

PRIORIZAÇÃO:

- **P 0 / Urgência:** não se aplica ao atendimento ambulatorial. São os casos com necessidade de atendimento imediato e de características hospitalares. Encaminhar ao pronto socorro infantil de referencia- HU
- **P1:** casos que necessitam de atendimento especializado em um curto período de tempo (até 15 dias);
- **P2:** Casos cuja demora implique em dificuldade ou quebra de acesso a outros procedimentos – situações clínicas sem gravidade que necessitam de agendamento eletivo em até 02 meses;
- **P3:** Todos os casos restantes – necessitam de atendimento eletivo e não prioritário e podem ser acompanhados inicialmente pelos médicos da atenção básica e agendamento com especialidade acima de 02 meses sem prejuízo ao paciente.

ALERGIA ALIMENTAR

DEFINIÇÃO:

Doença consequente a uma resposta imunológica anômala, que ocorre após a *ingestão e/ou contato* com determinado alimento.

TIPOS DE REAÇÕES IMUNOLÓGICAS:

- Mediadas por IgE: (RAST + ou –)
 1. Reações cutâneas: urticaria e angioedema,
 2. Gastrointestinais: edema e prurido de lábios, língua ou palato, vômitos e diarreia,
 3. Respiratórias: broncoespasmo, coriza e
 4. Reações sistêmicas (anafilaxia e choque anafilático).

- Reações não mediadas por IgE (RAST -): As manifestações clínicas podem demorar de horas até dias para se tornarem clinicamente evidentes. Ex: proctite, enteropatia induzida por proteína alimentar e enterocolite induzida por proteína alimentar.

- Reações mistas (mediadas por IgE e hipersensibilidade celular / RAST + ou -): As manifestações clínicas podem demorar de horas até dias para se tornarem clinicamente evidentes. Ex: esofagite eosinofílica, gastrite eosinofílica, dermatite atópica e asma.

ALERGENOS ALIMENTARES E REATIVIDADE CRUZADA ENTRE ALÉRGENOS:

- 80% das manifestações de alergia alimentar ocorrem com a ingestão de leite de vaca, ovo, soja, trigo, amendoim, castanhas, peixes e crustáceos. Embora qualquer alimento possa causar alergia. Destaque a novos alérgenos descritos: Kiwi, gergelim e mandioca. Frutas, legumes e verduras também podem provocar quadro alérgico.
- Reatividade cruzada entre leite de vaca e leite de outros mamíferos como cabra, ovelha e búfala. Pacientes alérgicos a proteína de ovo de galinha, reagem à proteína de outras aves. Síndrome látex-fruta onde as frutas mais classicamente relacionadas à são: banana, abacate, maracujá, papaia e kiwi. Síndrome pólen-fruta, onde ocorre a sensibilização durante a inalação de polens. As proteínas presentes nestas plantas podem apresentar reatividade cruzada com algumas frutas.

MANIFESTAÇÕES CLINICAS:

- Cutânea:
 - *Urticaria e angioedema*: a urticaria pode ser o sintoma inicial de anafilaxia
 - *Urticaria de contato*: caracterizada pela formação da pápula no exato local ou bem próximo do contato do alimento com a pele.
 - *Dermatite atópica*

➤ Principais manifestações Gastrointestinais:

- *Síndrome da alergia oral*: acomete basicamente a orofaringe. Os principais alimentos desencadeantes são frutas e vegetais frescos. As manifestações clínicas tem início logo após a exposição ao alérgenos e incluem edema, hiperemia, prurido e sensação de queimação nos lábios, língua, palato e garganta. Os sintomas costumam ser breves.
- *Hipersensibilidade gastrointestinal imediata*: caracteriza-se por náuseas, vômitos, dor abdominal e diarreia que aparecem em minutos ou até duas horas após a ingestão do alérgenos.
- *Cólica do lactente/choro excessivo*: os lactentes que se apresentam clinicamente bem, com boa aceitação alimentar, ganho de peso adequado, não devem ser avaliados para a ocorrência de alergia alimentar. A alergia alimentar só deverá ser aventada nas situações mais graves, onde as cólicas estão associadas a outros sintomas gastrointestinais, tais como vômitos, má aceitação alimentar, diarreia, constipação ou sintomas dermatológicos, especialmente a dermatite atópica.
- *Proctocolite eosinofílica*: é uma forma comum de apresentação da APLV. Tem início nos primeiros meses de vida. Cerca de metade dos casos ocorre em vigência de aleitamento materno exclusivo (reações às proteínas ingeridas pela mãe com transmissão através do leite materno). A perda de sangue desaparece poucos dias após a exclusão da proteína alergênica da dieta da mãe (lactentes em aleitamento materno) ou do lactente. A pesquisa de IgE específica a proteínas não contribuem para o diagnóstico. A pesquisa de sangue nas fezes é inadequada e pode permanecer positiva mesmo depois do controle clínico do paciente. O desenvolvimento espontâneo de tolerância oral na proctocolite alérgica ocorre na maioria dos casos até os 12 meses de vida. (RAST negativo).
- *Síndrome da enterocolite induzida por proteína alimentar (FPIES)*: é uma manifestação **grave** da alergia alimentar não IgE mediada. Se manifesta por náuseas, vômitos intratáveis, hipotonia, palidez, apatia e diarreia com muco e/ou sangue ou não. Iniciam 1 a 3 horas após a ingestão da

proteína desencadeante. Comumente, é desencadeada pelas proteínas do leite de vaca e da soja, mas também pode ser decorrente de outros alimentos, como peixe, galinha, trigo, arroz, entre outros. Como o FPIES não é mediada por IgE, os testes alérgicos que detectam anticorpos IgE específicos para antígenos alimentares podem ser negativos, e o diagnóstico baseia-se nos dados clínicos.

- *Refluxo gastroesofágico por alergia alimentar*
- *Esofagite eosinofílica*
- *Constipação intestinal por alergia alimentar*: Na maioria dos pacientes pediátricos a etiologia da constipação intestinal é funcional.

➤ Manifestações Clínicas Respiratórias:

Rinite alérgica / Asma persistente / Otites de repetição/ Otite média serosa

Não há comprovação que essas doenças como manifestação isolada sejam decorrentes de alergia alimentar, em especial alergia ao leite de vaca.

Podem ser atribuídas a alergia alimentar quando associadas a sintomas cutâneos e gastrointestinais.

➤ Manifestações Sistêmicas:

- *Anafilaxia*: a anafilaxia induzida por alimentos é uma forma de hipersensibilidade mediada por IgE, com manifestações súbitas de sintomas e representa um quadro emergencial com risco de morte. Embora qualquer alimento possa induzir uma reação anafilática, os mais apontados são leite de vaca, ovo, camarão, peixe, amendoim e nozes.

- *Anafilaxia induzida por exercício dependente de alimento (AIEDA)*: caracterizada pelo aparecimento de uma reação sistêmica desencadeada por exercício, quando este é realizado nas primeiras duas horas após a ingestão alimentar. Tem sido descrito casos de AIEDA associados a múltiplos alimentos, principalmente o trigo.
- Critérios clínicos para diagnóstico de anafilaxia, vide ANEXO 1.

DIAGNÓSTICO:

- História clínica.
- RAST (alimentares- ver quando e quais solicitar as fls. 28) e
- **Teste de provocação oral (TPO): É o método mais confiável no diagnóstico da alergia alimentar.**
 - Tem sido recomendada a dieta de exclusão do alimento por 2 a 4 semanas, seguida por *teste de provocação oral* para confirmação do diagnóstico. Se o resultado for positivo, a dieta de exclusão terapêutica deve ser mantida pelo período de 6 a 12 meses.
 - Nas crianças pequenas amamentadas, a mãe deve retirar da sua dieta os produtos à base de leite de vaca, e os sintomas do lactente devem ser monitorados.

TRATAMENTO:

- Exclusão **absoluta** do alimento implicado nas manifestações clínicas.
- Orientar bem a família sobre:
 - Leitura de rótulos. A leitura deve ser feita periodicamente pois as formulações podem mudar com o passar do tempo.
 - Evitar situações de risco: alimentação em aniversários e festas.
 - Reconhecer os sintomas e instituir o tratamento precoce de possíveis reações anafiláticas em caso de ingestão acidental (kit

com medicações – anti-histamínicos, corticoides, broncodilatador, adrenalina autoinjetável Junior).

- A presença de “traços” do potencial alérgico indica que os alimentos são produzidos pelo mesmo equipamento industrial empregado para elaborar outro alimento que contém o referido alérgico. As crianças com formas graves de alergia alimentar não devem consumi-los.
- Produtos domésticos e de higiene podem conter proteínas alergênicas, incluindo alimentos para animais, medicamentos (comprimidos), cosméticos, sabonetes, loções, protetores solares.
- Há possibilidade de reações por inalação durante o preparo de alimentos, como, por exemplo, a cocção.

➤ Duração da dieta e reintrodução alimentar:

- A maioria das crianças desenvolverá tolerância clínica nos primeiros 3 anos, embora este percentual possa ser variável.
- Para alergia ao leite de vaca, preconiza-se que a dieta de exclusão seja, no mínimo, de 6 a 12 meses.
- Evitar dietas restritivas prolongadas.
- Atenção nos casos de história a alergia a múltiplos alimentos.
- Testar tolerância a cada 6 meses.
- Avaliar reações aos escapes na dieta de restrição alimentar antes da indicação do TPO.

- Nos casos de alergia não IgE mediada leve a moderada há indicação de TPO com introdução escalonada do alimento:
 - Criança em aleitamento materno: reintrodução gradual do alimento na dieta materna.
 - Criança em uso de formula especial: substituição gradual da formula especial pela formula para idade
 - Crianças em alimentação para idade: introdução gradual dos alimentos processados e após in natura
 - Monitorizar possíveis reações por 4 semanas. Se reação positiva – voltar exclusão.
 - Deve ser dosado IgE específica antes do TPO pois pode ocorrer mudança no mecanismo imunológico da alergia (não IgE mediado para IgE mediado). Se a IgE sérica específica ao alimento a ser testado tiver positiva o TPO deve ser realizado com especialista.
 - Introdução escalonada do alimento:

Leite: 1) bolacha simples e biscoito 2) bolos simples 3) queijos 4) iogurtes 5) formula infantil

Ovo: 1) biscoito e bolos simples 2) panqueca 3) ovo bem cozido ou frito 4) omelete 5) ovo mexido.

- Nos casos de proctocolite: o TPO pode ser realizado 6 meses após resolução completa do quadro.
- Nos casos de enterocolite: 1 ano após, sendo que o paciente deve estar com estado nutricional normal.

INDICAÇÕES DE TPO COM ESPECIALISTA EM ALERGIA:

- Alergia não IgE mediada grave
- Alergia inicialmente não IgE mediada que apresentou rast positivo após
- Alergia IgE mediada (Todos os casos)
- Alergia mista
- Reação alérgica imediata ao alimento.

PROGNÓSTICO:

- As causas mais comuns de alergia alimentar na infância como o leite, soja, ovo e trigo, com frequência se associam à remissão da alergia ao longo do tempo. Enquanto que para amendoim, nozes e castanhas, camarão e frutos do mar a alergia é considerada persistente.
- A introdução da alimentação complementar em crianças APLV deve seguir os mesmos princípios do preconizado para crianças sem alergia. Reforça-se que não há necessidade de restrição de alimentos contendo proteínas potencialmente alergênicas (p. ex. ovo, peixe, carne bovina, de frango ou porco).
- Deve-se evitar apenas a introdução simultânea de dois ou mais alimentos fontes de novas proteínas.
- A possibilidade de reação cruzada entre leite de vaca e carne bovina é inferior a 10%. Por isso a carne de vaca não deve ser excluída da alimentação da criança, a não ser que haja certeza que o consumo se relaciona com piora dos sintomas.

PREVENÇÃO DA ALERGIA ALIMENTAR:

- Aleitamento materno.
- Restrições alimentares impostas à gestante devem ser desencorajadas.
- Evitar exposição precoce ao leite de vaca.

APLV (Alergia à proteína do Leite de Vaca)

Em lactentes, deve-se priorizar a manutenção do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses com dieta de restrição da mãe.

Fórmulas substitutas do leite de vaca em pacientes com APLV (mediadas ou não por IgE):

As fórmulas atualmente disponíveis são:

A) Fórmulas à base de proteína extensamente hidrolisada

- Por apresentarem eficácia em 90% dos casos, as dietas à base de proteína extensamente hidrolisada são recomendadas nos seguintes casos:
- Alergia gastrintestinal imediata,
- Urticária aguda e angioedema,
- Dermatite atópica,
- Doença do refluxo gastresofágico,
- Obstipação,
- Enteropatia induzida pela proteína do LV,
- Gastroenterite e proctocolite induzidas por proteínas do leite de vaca.

Exemplos:

Com lactose: Aptamil pepti, Althéra

Sem lactose: Pregomin pepti, Alfaré, Pregestimil Premium, Nutramigen premium

B) Fórmulas a base de aminoácidos

São 100% eficazes.

As formulas a base de aminoácidos são indicadas nos seguintes casos:

- Crianças com persistência dos sintomas em uso de dieta extensamente hidrolisada,
- Síndrome de má absorção grave com intenso comprometimento nutricional e/ou
- Dermatite atópica moderada/grave,
- Anafilaxia,
- Enterocolite induzida por proteína alimentar,
- Esofagite eosinofílica.

Exemplos:

Lactentes: Neocate, Alfamino, Puramino

Crianças de 1 a 10 anos: Neo Advance

Aminoácidos para preparo de mingau a partir do sexto mês de vida: Neo Spoon

C) Fórmulas à base de proteína isolada de soja, com proteínas purificadas e suplementadas.

O risco de sensibilização simultânea a soja pode chegar a 10%.

Exemplos:

Idealmente acima de 6 meses: Nan soy, Aptamil soja 2

A partir de um ano: Milnutri soja

Não são indicados para crianças com APLV:

- Leite de outros mamíferos (p. Ex: cabra e ovelha),
- Fórmulas parcialmente hidrolisadas (Aptamil active, Nan supreme, Enfamil gentlease, Similac sensitive, Nan HA, Aptamil HA),
- Formulas isentas de lactose (Nan SL, Aptamil SL),
- Preparados e bebidas vegetais (p. ex: base de soja, arroz, amêndoas, quinoa)

QUANDO ENCAMINHAR AO ESPECIALISTA:

- Alergia alimentar importante com sintomas clínicos de urticária/ enterorragia/ crises de Sibilância como P1

- APLV como P2

Obs.: Especificar os sintomas e o tempo de ocorrência e se foi instituído alguma terapêutica.

INTOLERANCIA A LACTOSE:

Definição: Deficiência enzimática (carência ou baixa produção de lactase) dificultando a absorção do açúcar (lactose) presente no leite.

Não é alergia.

Sintomas: diarreia, distensão abdominal, gases, náuseas e má digestão. Severidade depende dos sintomas e dependerá da quantidade de lactose ingerida assim como da quantidade que o organismo tolera.

Classificação:

1. Hipolactasia do “tipo adulto”: inicia após 3 anos,
2. Intolerância congênita à lactose: muito rara, impede o aleitamento materno exclusivo e manifesta-se logo após o nascimento,
3. Intolerância secundária a lactose: deficiência temporária de lactase que após períodos de tempo variáveis retorna aos valores normais uma vez controlados os fatores desencadeantes. Ex: diarreia causada por gastroenterite viral, giardíase, doença celíaca e doença de Crohn.

Diagnostico: Clínico

Retira-se inicialmente a lactose do leite, se os sintomas persistirem retirar a lactose dos derivados lácteos também.

Fazer TESTE DE PROVOCAÇÃO ORAL (como orientado as fls. 11)

RINITE ALERGICA (RA)

DEFINIÇÃO:

É a inflamação e ou disfunção da mucosa de revestimento nasal.

QUADRO CLINICO:

- Obstrução nasal,
- Rinorreia anterior e posterior,
- Espirros,
- Prurido nasal e ocular,
- Lacrimejamento, hiperemia conjuntival, fotofobia, dor ocular,
- Prurido em conduto auditivo, palato e faringe e
- Hiposmia.

Integra à asma na hipótese de vias aéreas unidas, em que a rinite e a asma são consideradas manifestações de uma mesma doença.

Recomenda-se que asma e rinite sejam tratadas simultaneamente para alcançar o controle da doença única da via aérea.

CLASSIFICAÇÃO:

- Rinites infecciosas,
- Alérgicas e
- Não alérgicas não infecciosa (Ex: induzida por exercícios, medicamentosa etc.)

FATORES DESENCADEANTES:

Quadro 1 Fatores desencadeantes de alergias respiratórias.

Aeroalérgenos	
Ácaros pó domiciliar	<i>Dermatophagoides pteronyssinus</i> , <i>Dermatophagoides farinae</i> , <i>Blomia tropicalis</i>
Baratas	<i>Blatella germanica</i> , <i>Periplaneta americana</i>
Fungos	<i>Aspergillus sp</i> , <i>Cladosporium sp</i> , <i>Alternaria sp</i> , <i>Penicillium notatum</i> .
Animais de pelo	gato, cão, coelho, cavalo e roedores (<i>hamster</i> , guinea pig, furão doméstico, camundongos)
Pólenes	gramíneas - <i>Lolium multiflorum</i> (azevém), <i>Phleum pratense</i>
Ocupacionais	trigo, poeira de madeira, detergentes, látex.
Poluentes	
Intradomiciliares	fumaça de cigarro, material particulado (PM 10) e dióxido de nitrogênio (NO ₂) derivados da combustão do gás de cozinha ou fogão à lenha.
Extra-domiciliares	ozônio, NOx e dióxido de enxofre.
Irritantes	
	Odores fortes, perfumes, ar condicionado, produtos de limpeza

DIAGNÓSTICO:

- É basicamente clínico:
 - Antecedentes pessoais e familiares de atopia.
 - Exame físico: exame das cavidades nasais é essencial, mostrando uma mucosa nasal pálida, edemaciada e com abundante secreção clara ou mucoide. Os cornetos variam de tamanho ao longo do dia.
- Exames complementares:
 - RAST (aeroalergenos- ver quando e quais solicitar fls. 28)
 - Dosagem sérica da IgE total: inespecífico
- Avaliação por imagem:
 - Radiografia simples dos seios paranasais: **não** tem papel no diagnóstico da rinite alérgica ou de rinossinusites.
 - Radiografia cavum: avaliar hipertrofia da tonsila faríngea (adenóide)

COMORBIDADES:

- Asma
- Conjuntivite alérgica
- Lesões da córnea (ulceração, microerosões)
- Ceratocone
- Rinossinusite aguda e crônica
- Otite media com efusão
- Tosse crônica
- Alterações do desenvolvimento craniofacial dos respiradores bucais: síndrome da face alongada, incompetência labial, palato em ogiva, mordida cruzada
- Apneia do sono

TRATAMENTO:

A. Medidas de controle do ambiente: Anexo 2

B. Solução salina 0,9%:

- Deve ser usada 1 a 2 vezes ao dia com tratamento adjuvante da RA. Aumentar a frequência nas crises.
- Recomenda-se a lavagem nasal previa antes da aplicação de outros medicamentos tópicos nasais.

C. Anti-histaminicos H1:

- Medicamentos de primeira linha no tratamento da RA.
- Podem ser usados por tempo variável (1-4semanas), podendo também ser usados por tempo prolongado em casos persistentes e moderados-graves.

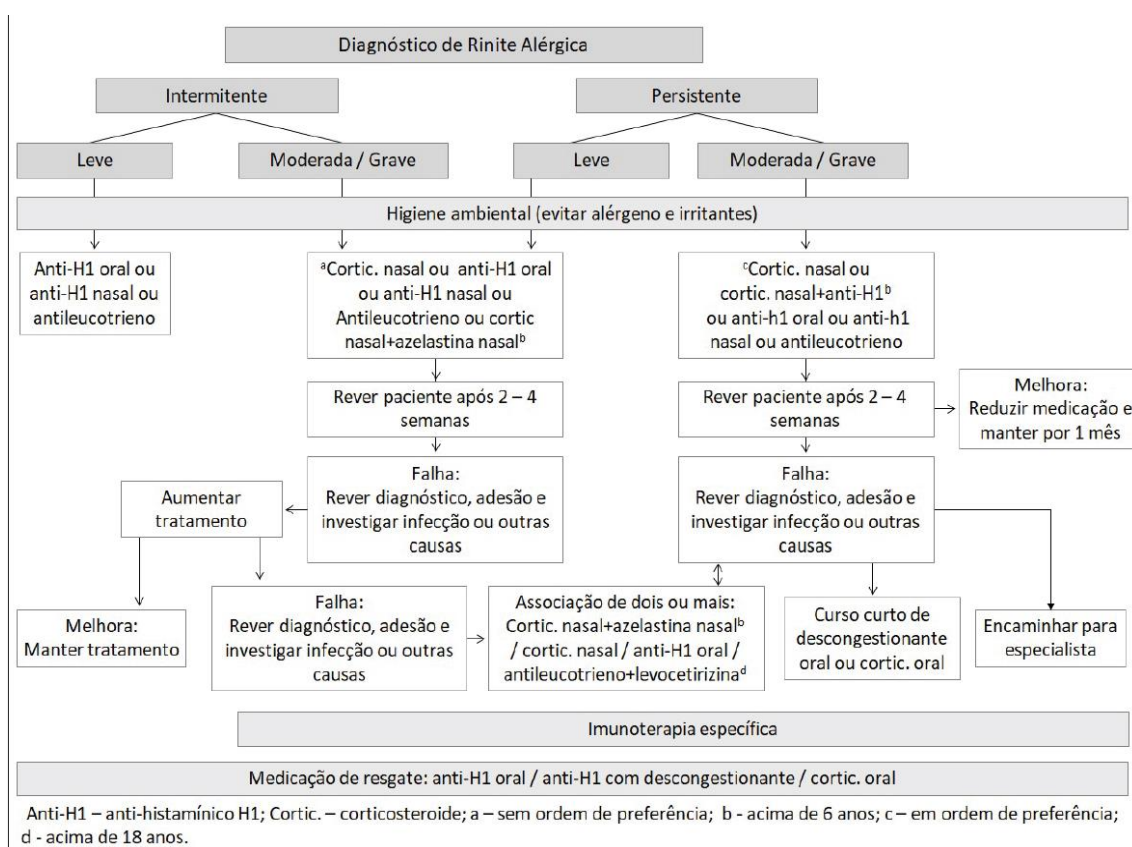
D. Corticosteroides sistêmicos:

- Não estão indicados para o controle dos sintomas da RA.
- Podem ser usados por períodos curtos de tempo (no máximo 5 a 7 dias) para o controle de sintomas nasais graves.

- Investigar a possibilidade de rinossinusite bacteriana aguda associada.

E. Corticosteroides nasais (CN):

- Escolha no tratamento da RA.
- Melhoram todos os sintomas de RA, em especial a congestão nasal, a alteração do olfato, a coriza, os espirros, o prurido nasal e os sintomas oculares associados.



QUANDO ENCAMINHAR AO ESPECIALISTA:

- Rinite de difícil controle associada à Asma - como P3
- Rinite refrataria ao tratamento associada à infecção de repetição (6 a 8 por ano) - como P3

Obs.: Especificar no encaminhamento, qual tratamento já realizado e tempo de terapêutica. Descrever quais sintomas persistem mesmo com tratamento estabelecido.

DERMATITE ATÓPICA:

DEFINIÇÃO:

É uma doença inflamatória cutânea crônica de etiologia multifatorial que se manifesta clinicamente sob a forma de eczema e que varia desde formas localizadas até as disseminadas.

Características clínicas: prurido intenso e de difícil controle, lesões crônicas ou recidivantes, com distribuição e morfologia variável conforme a idade. A lesão clássica é o eczema.

Fase infantil: do nascimento até o sexto mês de vida, é caracterizada por lesões cutâneas com eritema, pápulas, vesículas e formação de crostas, que se localizam na face e poupam o maciço central. Outros locais como face extensora dos membros e tronco podem ser acometidos.

Fase pré-puberal: a partir dos 2 anos e persiste até a puberdade. As lesões localizam-se nas regiões flexurais dos joelhos e cotovelos, pescoço, punhos e tornozelos. As pápulas eritematosas e vesículas são substituídas gradualmente por liquidação (espessamento, escurecimento e acentuação dos sulcos da pele).

FATORES DESENCADEANTES:

- Agentes infecciosos: *Staphylococcus aureus*/ Fungos
- Alérgenos alimentares: prevalência de alergia alimentar em cerca de 30% de crianças com DA moderada a grave, principalmente lactentes, e que não respondem ao tratamento habitual.
- Aeroalérgenos: são muito importantes na DA, principalmente poeira, ácaros e mofo.
- neuro-psico-imunológicos: uma associação comprovada com estresse.

DIAGNÓSTICO: é essencialmente clínico.

➤ Clínico:

O principal sintoma da doença é o prurido associado a pelo menos 3 dos seguintes achados clínicos:

- Xerose cutânea,
- História pessoal de rinite ou asma,
- Início dos sintomas antes dos 2 anos,
- História de lesões em regiões flexurais (antecubital, poplitea), tornozelos, pescoço ou periorbital.

➤ Avaliação laboratorial:

- Contagem de eosinófilos no sangue periférico e IgE total aumentados: são frequentes, mas **sem especificidade** para DA.
- E dosagem de IgE específica: RAST para aeroalergenos e alimentares (ver quando solicitar - pagina 28)

TRATAMENTO:

1. Hidratação da pele é a primeira linha de tratamento.

- ✓ Passar logo após o banho com a pele úmida
- ✓ Aplicar na pele com e sem lesão
- ✓ Evitar produtos com fragrância
- ✓ Deve ser de uso diário, no mínimo duas aplicações diárias
- ✓ Quando usados adequadamente, permitem diminuir o uso de corticoides tópicos.

2. Evitar fatores agravantes da xerose:

- ✓ Banhos quentes e prolongados
- ✓ Uso excessivo de sabonetes

- ✓ Hidratantes inadequados
 - ✓ Fricção
 - ✓ Estresse
 - ✓ Controle ambiental (capas impermeáveis, ventilação do ambiente, controle poeira)
 - ✓ Roupas com tecido sintético e cor escura
3. Corticosteroide tópico: custo mais baixo, mas estão associados a maior número de eventos adversos.
- ✓ São indicados assim que a lesão inicia de forma reativa as crises
 - ✓ Aplicação 1 a 2 vezes ao dia, menor tempo possível para controlar as crises.
 - ✓ Para prescrever um corticosteroide tópico é importante:
 - Determinar o local da aplicação e o número de vezes a ser utilizado
 - Reforçar a duração do tratamento
 - A região genital é o local de maior absorção dos corticosteroides tópicos (200 vezes maior que o tronco e extremidades), que decorre da oclusão pelas roupas e fraldas. A face, as axilas e a região inguinal também apresentam taxas elevadas de absorção. Nestas regiões é recomendada a utilização de corticosteroides de baixa ou média potência. (Anexo 2)
 - Conhecer a potência dos corticoides é fundamental para a prescrição. Deve-se usar sempre a menor potência capaz de controlar a inflamação, o que não significa utilizar sempre corticosteroides de baixa potência.
 - Efeitos colaterais: atrofia cutânea, estrias, alterações da pigmentação, telangectasias e erupções acneiforme. Decorrentes do uso inadequado.

4. Anti histamínicos orais: pouca atividade direta sobre o prurido no paciente com DA. A sua prescrição principal é pela indução de sonolência, por isso os de primeira geração são os preferidos.
5. Antibióticos tópicos: mupirocina e ácido fusídico estão indicados nas infecções localizadas.
6. Antibiótico oral: Cefalexina em lesões disseminadas que apresentem sinais clínicos de infecção como exsudato e crostas melicericas

OBS: Manter corticosteroides tópicos mesmo na presença de infecção secundária, pois diminuem a colonização pelo S. aureus.

QUANDO ENAMINHAR AO ESPECIALISTA:

- Dermatite atópica de difícil controle - P3

Obs.: Especificar no encaminhamento, qual tratamento já realizado e tempo de terapêutica. Descrever quais sintomas persistem mesmo com tratamento estabelecido.

RAST, QUANDO E COMO SOLICITAR?

1. Se o paciente for direcionado a especialidade **não** há necessidade de solicitar RAST.
2. Se o paciente mantiver seguimento na UBS, após iniciado o tratamento medicamentoso e com exaustiva orientação nutricional e/ou ambiental e não houver resposta clínica, proceder à solicitação como orientado em protocolo pelos grupos abaixo:

GRUPO ALERGENO ALIMENTAR:

- LEITE IgE
- OVO IgE
- SOJA

GRUPO AEROALÉRGENO:

- POEIRA DOMESTICA,
- EPITELIO DE ANIMAL,
- PÓLEN

SINAIS DE ALERTA PARA IMUNODEFICIÊNCIA PRIMÁRIA

1. Duas ou mais Pneumonias no último ano
2. Quatro ou mais novas Otites no último ano
3. Estomatites de repetição ou Monilíase por mais de dois meses
4. Abscessos de repetição ou Ectima
5. Um episódio de infecção sistêmica grave (Meningite, Osteoartrite, Septicemia)
6. Infecções intestinais de repetição/ Diarréia crônica
7. Asma grave, Doença do colágeno ou Doença auto-imune
8. Efeito adverso ao BCG e/ ou infecção por micobactéria
9. Fenótipo clínico sugestivo de síndrome associada à imunodeficiência
10. História familiar de Imunodeficiências

Exames na APS:

- Eletroforese de proteína (contem IgA, IgM, IgG) + IgE (se quadro atópico)

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

P0

Urticária e anafilaxia- Crise aguda

Crise de Sibilância com baixa saturação e/ou sinais de desconforto respiratório e/ou sem resposta clinica ao tratamento de resgate.

P1

Alergia alimentar importante com sintomas clínicos de urticaria/ enterorragia/ crises de Sibilância

P2

Dermatite atópica associada à alergia alimentar.

APLV

Suspeita de imunodeficiência

P3

Dermatite atópica de difícil controle

Rinite de difícil controle associada à Asma

Rinite refrataria ao tratamento associada à infecção de repetição (6 a 8 por ano)

Urticaria aguda (até 6 semanas) recorrentes (3 episódios /ano) - ESPECIFICAR A FREQUENCIA E TEMPO NO ENCAMINHAMENTO

Urticaria crônica (acima de 6 semanas) - ESPECIFICAR TEMPO

Anexo 1:

Critérios clínicos diagnósticos de anafilaxia^{159,160}

Anafilaxia é altamente provável quando pelo menos um dos três critérios seguintes estiver presente:

- 1 - Doença de início agudo (minutos ou algumas horas) com envolvimento de pele, mucosa ou ambos (ex: urticária generalizada, prurido, eritema, edema de lábios, língua-úvula)

E pelo menos um dos seguintes:

- a) Comprometimento respiratório (ex: dispneia, broncoespasmo, estridor, hipóxia)
- b) Comprometimento cardiovascular (ex: hipotensão, colapso)

- 2 - Duas ou mais das seguintes situações que ocorrem rapidamente após a exposição a um alérgeno conhecido para um paciente (minutos ou algumas horas):

- a) Envolvimento cutâneo ou mucoso (ex: urticária generalizada, prurido, rubor, angioedema)
- b) Comprometimento respiratório (ex: dispneia, broncoespasmo, estridor, hipóxia)
- c) Comprometimento cardiovascular (ex: hipotensão, colapso)
- d) Sintomas gastrintestinais persistentes (ex: cólicas abdominais recorrentes, vômitos)

- 3 - Hipotensão após exposição a alérgeno conhecido para aquele paciente (minutos ou algumas horas):

Hipotensão para criança é definida como pressão sistólica < 70 mmHg de 1 mês a 1 ano;
[< 70 mmHg + (2 x idade)] entre 1 e 10 anos e < 90 mmHg entre 11 e 17 anos

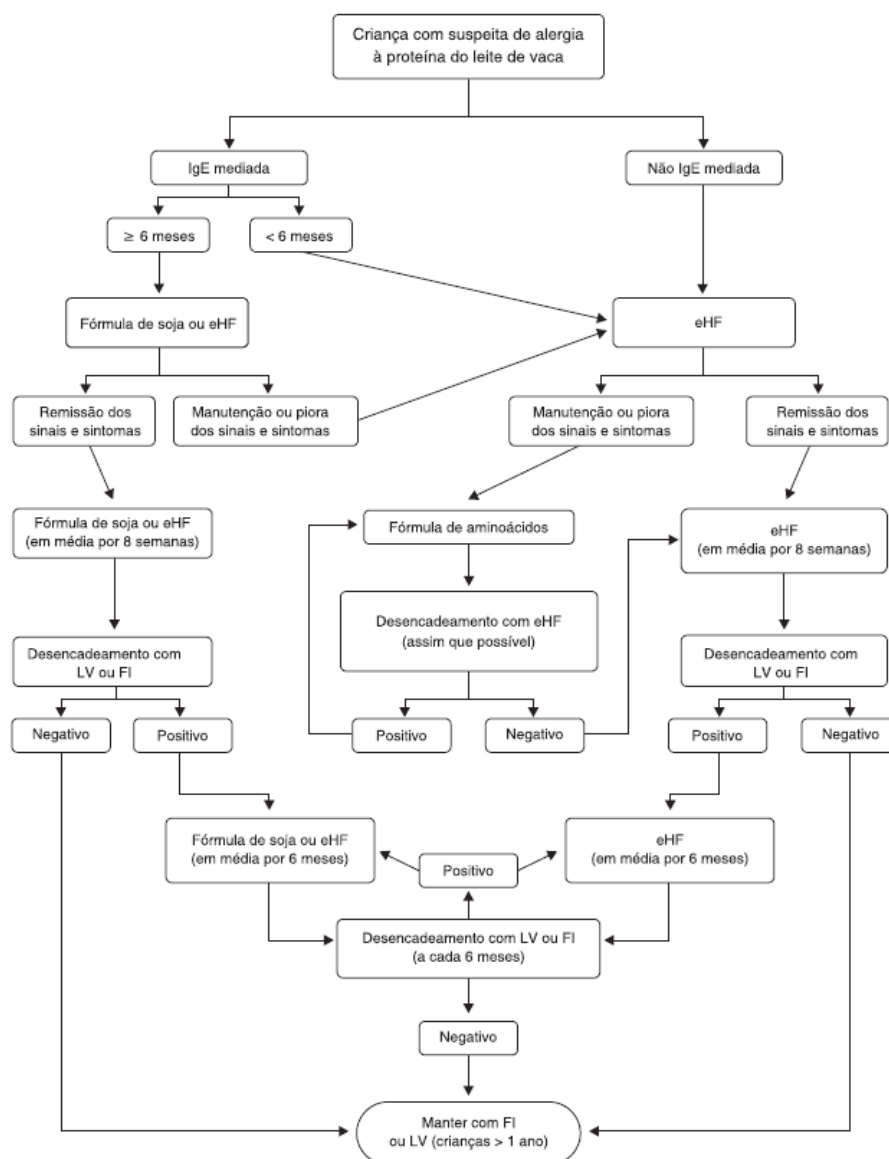
Anexo 2:

Medidas de controle do ambiente:

- Quarto de dormir deve ser ventilado e ensolarado.
- Capas impermeáveis
- Roupas de cama, cobertores, tapetes e cortinas devem ser lavados com frequência
- Evitar bichos de pelúcia, estante de livros, caixas de papelão ou qualquer outro local onde possam ser formadas colônias de ácaros
- Identificar e eliminar mofo e umidade
- Evitar uso de vassouras, espanadores e aspiradores de pó comuns.
- Afastar o paciente alérgico enquanto se faz a limpeza
- Evitar animais de pêlo e pena. Se possível restringir o animal a uma única área da moradia
- Exterminar baratas e roedores
- Não fumar e nem deixar que fumem dentro de casa e do automóvel
- Limpeza de filtros de aparelho de ar condicionado.

Anexo 3:

Fluxograma para APLV



Bibliografias:

Lactente sibilante: prevalência e fatores de risco – Dela Bianca AC et al. Rev. bras. alerg. imunopatol. – Vol. 33. N° 2, 2010

A asma na criança: classificação e tratamento - Solé D et aliiJornal de Pediatria - Vol. 74, Supl. 1, 1998 S49

Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2018 - Parte 1 – Solé D et al. Arq Asma Alerg Imunol – Vol. 2. N° 1, 2018

Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2018 - Parte 2 – Solé D et al. Arq Asma Alerg Imunol – Vol. 2. N° 1, 2018

Guia prático de atualização em dermatite atópica - Parte II – Carvalho VO et alArq Asma Alerg Imunol – Vol. 1. N° 2, 2017

Guia prático de atualização em dermatite atópica - Parte I – Antunes AA et al. Arq Asma Alerg Imunol – Vol. 1. N° 2, 2017

IV CONSENSO BRASILEIRO SOBRE RINITES – 2017

Controle ambiental para pacientes com rinite alérgica – Rubini NP et al. Arq Asma Alerg Imunol – Vol. 1. N° 1, 2017

GINA 2018

Jornal de Pediatria. A asma na criança: classificação e tratamento - Solé D et alii- Vol. 74, Supl. 1, 1998

SBP- CORTICOTERAPIA NA ASMA INFANTIL- MITOS E FATOS

