

PROTOCOLO DE MANEJO E ACESSO PARA ALERGOPEDIATRA

Protocolo singularizado para o Município de
Jundiaí - 2024
Versão III



Prefeitura
de Jundiaí



**Prefeitura
de Jundiaí**

PROTOCOLO DE MANEJO E ACESSO PARA ALERGOPEDIATRA

Protocolo singularizado para o Município de Jundiaí

Versão III - 2024

Organização e Elaboração
Departamento de Regulação da Saúde
Unidade de Gestão de Promoção da Saúde

Dra. Mariana Castelucci Riccetto Guerra - Médica Alergologista e Imunologista Pediátrica do Ambulatório de Especialidades (NIS)

Dra. Fernanda Tiemi Dotto Matsusaki - Pediatra – Apoiadora Técnica da Saúde da Criança e do Adolescente do Município de Jundiaí.

Dra. **Giovanna Gavros Palandri** - Pediatra - Apoiadora Técnica da Saúde da Criança e do Adolescente do Município de Jundiaí.

Diretoria: Fabiana Barrete de Alcântara Fredo

SUMÁRIO

MUDANÇAS DESTA ATUALIZAÇÃO	04
APRESENTAÇÃO.....	04
FLUXO DE ATENDIMENTO.....	05
PRIORIZAÇÃO.....	06
ALERGIA ALIMENTAR.....	07
ALERGIA À PROTEÍNA DO LEITE DE VACA.....	13
DERMATITE ATÓPICA.....	15
SINAIS ERRO INATO DE IMUNIDADE.....	18
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	19

MUDANÇAS DESTA ATUALIZAÇÃO

O Protocolo de Manejo e Acesso para Alergopediatra está em sua 3ª versão. Em relação à sua última atualização (2ª versão), algumas mudanças foram realizadas:

- Retirada do capítulo “Rinite Alérgica” bem como do anexo 2 (“Medidas de controle do ambiente”): este tema é abordado no Protocolo de Otorrinolaringologia;
- Retirada do capítulo “RAST, quando e como solicitar?”;
- Retirada do anexo 1 (“Critérios clínicos de Anafilaxia”): este tema é abordado no Protocolo de Atendimento Inicial de Urgências e Emergências na Atenção Primária;
- Retirada do anexo 3 (“Fluxograma para APLV”).

Em relação à 1ª versão deste protocolo, a seguinte mudança foi realizada:

- Retirada do capítulo “Asma na infância”: este tema é abordado no Protocolo de Pneumopediatria.

APRESENTAÇÃO

A **Atenção Primária à 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.

A 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 estarão aptos ao agendamento os encaminhamentos que contemham 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.

CRITÉRIOS 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 tratamentos 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 referência- 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: Sintomas podem surgir em poucos minutos ou até 2 horas após a ingestão do alimento.
 - **DIAGNÓSTICO**:
História clínica e dosagem de IgE sérica específica.
Quadro clínico:
 1. Reações cutâneas: urticária e angioedema;
 2. Gastrointestinais: edema e prurido de lábios, língua ou palato, vômitos e diarreia;
 3. Respiratórias: broncoespasmo, tosse;
 4. Reações sistêmicas: anafilaxia e choque anafilático.

- Reações não mediadas por IgE: As manifestações clínicas podem demorar de horas até dias para se tornarem clinicamente evidentes. Ex: proctite e proctocolite alérgica, enteropatia induzida por proteína alimentar e síndrome da enterocolite induzida por proteína alimentar (FPIES).
 - **DIAGNÓSTICO**: História clínica, exclusão (melhora dos sintomas) e re-exposição (reprodução dos sintomas). NA FPIES A REEXPOSIÇÃO DEVE SER SUPERVISIONADA PELO ESPECIALISTA.

- Reações mistas (mediadas por IgE e hipersensibilidade celular): As manifestações clínicas podem demorar de horas até dias para se tornarem clinicamente evidentes. Ex: esofagite eosinofílica, gastrite eosinofílica, dermatite atópica e asma.
 - **DIAGNÓSTICO**: História clínica e dosagem de IgE sérica específica.

ALÉRGENOS 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.

- Reatividade cruzada entre leite de vaca e leite de outros mamíferos como cabra, ovelha e búfala.
- Pacientes alérgicos à proteína de ovo de galinha reagem à proteína do ovo de outras aves.
- Síndrome látex-fruta onde as frutas mais classicamente relacionadas 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 CLÍNICAS

➤ Cutânea:

- *Urticária e angioedema*: urticária pode ser o sintoma inicial de anafilaxia;
- *Urticária de contato*: caracterizada pela formação da pápula no exato local ou bem próximo do contato do alimento com a pele;
- Dermatite atópica: a minoria dos casos graves tem relação com alimentos. NUNCA é unifatorial.

➤ Principais manifestações Gastrointestinais

○ *Síndrome da alergia oral*: acomete basicamente a orofaringe. Os principais alimentos desencadeantes são frutas e vegetais frescos. As manifestações clínicas têm 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 alérgeno.

○ *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, baixo ganho ponderal, 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 não contribui 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.

○ *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 de 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.

Teste de provocação oral (TPO) Diagnóstico

- Deve ser feito somente nos casos de alergia não mediada por IgE (com exceção de FPIES).
- Recomenda-se 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 alimentos suspeitos de causar quadro alérgico, e os sintomas do lactente devem ser monitorados.

TRATAMENTO

- Exclusão **absoluta** do alimento implicado nas manifestações clínicas.
- A maioria das crianças desenvolve 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.
- Solicitar IgE sérica específica a cada 6 meses para avaliar possibilidade de tolerância.
- Avaliar reações aos escapes na dieta de restrição alimentar antes da indicação do TPO.
- **HÁ RISCO DE ALERGIA IgE MEDIADA NA REINTRODUÇÃO DO ALIMENTO APÓS EXCLUSÃO PROLONGADA.** Portanto deve ser dosado IgE sérica 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 estiver positiva, o paciente deve ser encaminhado ao especialista.

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

Quando suspeitar de tolerância, nos casos de alergia não IgE mediada leve a

moderada, há indicação de introdução escalonada do alimento:

- Criança em aleitamento materno: reintrodução gradual do alimento na dieta materna.
- Criança em uso de fórmula especial: substituição gradual da fórmula especial pela fórmula 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.
- Introdução escalonada do alimento:
 - **Leite:** 1) bolacha simples e biscoito 2) bolos simples 3) queijos 4) iogurtes 5) fórmula infantil
 - **Ovo:** 1) biscoito e bolos simples 2) ovo bem cozido ou frito 3) omelete 4) ovo mexido.

- Orientar precauções como: iniciar com pequenas porções e aumentar gradativamente, inicialmente pela manhã e quando a criança estiver sob supervisão dos pais, orientar sinais de alerta e conduta caso apresente reação alérgica.
- 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 IgE específica positiva após dieta de exclusão
- Alergia IgE mediada (Todos os casos)
- Alergia mista
- FPIES

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.

QUANDO ENCAMINHAR AO ESPECIALISTA

- **P1:** Alergia alimentar importante (inclui-se APLV grave, FPIES, quadros IgE mediados) com sintomas clínicos de Anafilaxia/ urticária/ enterorragia/ crises de sibilância/ baixo ganho ponderal;
- **P2:** APLV com sintomas sugestivos de reação não mediada por IgE.

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:

A) Fórmulas à base de proteína extensamente hidrolisada

Apresentam eficácia em 90% dos casos.

Exemplos:

- Com lactose: Aptamil pepti, Althéra
- Sem lactose: Pregomin pepti, Alfaré, Pregestimil Premium

B) Fórmulas a base de aminoácidos

São 100% eficazes.

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 à soja pode chegar a 10%.

Exemplos:

- Idealmente acima de 6 meses: Nan soy, Aptamil soja
- 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, Similac sensitive, Nan HA, Aptamil HA);
- Fórmulas isentas de lactose (Nan SL, Aptamil SL);
- Bebidas vegetais (p. ex: base de soja, arroz, amêndoas, quinoa).

ATENÇÃO!!!

APLV E INTOLERÂNCIA À LACTOSE

NÃO SÃO A MESMA COISA!!!

INTOLERÂNCIA À 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. A 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 à 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.

Diagnóstico: Clínico

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

DERMATITE ATÓPICA (DA)

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 liquenificação (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, principalmente poeira, ácaros e mofo.
- Neuro-psico-imunológicos: associação comprovada com estresse.

DIAGNÓSTICO:

É essencialmente 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, poplítea), tornozelos, pescoço ou periorbital.

➤ Avaliação laboratorial

- Contagem de eosinófilos no sangue periférico e IgE total aumentados: são frequentes, mas **sem especificidade** para DA.
- Dosagem de IgE específica.

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 corticosteróide 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 corticosteróides 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 corticosteróides de baixa

ou média potência.

- ◆ 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 corticosteróides de baixa potência.
- ◆ Efeitos colaterais: atrofia cutânea, estrias, alterações da pigmentação, telangiectasias e erupção acneiforme. Decorrentes do uso inadequado.

4. Anti histamínicos orais: pouca atividade direta sobre o prurido no paciente com DA.
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 melicéricas.

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

QUANDO ENCAMINHAR AO ESPECIALISTA

- **P1**: Dermatite atópica grave;
- **P2**: Dermatite atópica associada à alergia alimentar;
- **P3**: Dermatite atópica de difícil controle.

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

SINAIS DE ALERTA PARA ERRO INATO DE IMUNIDADE

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

QUANDO ENCAMINHAR AO ESPECIALISTA

→ **P1:** Suspeita de Erro Inato da Imunidade.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

P0:

- Urticária e anafilaxia - Crise aguda

P1:

- Alergia alimentar importante (inclui-se APLV grave, FPIES, quadros IgE mediados) com sintomas clínicos de Anafilaxia/ urticária/ enterorragia/ crises de sibilância/ baixo ganho ponderal;
- Suspeita de Erro Inato da Imunidade.
- Dermatite Atópica Grave

P2:

- APLV com sintomas sugestivos de reação não mediada por IgE;
- Dermatite atópica associada à alergia alimentar.

P3:

- Dermatite atópica de difícil controle;
- Urticária aguda (até 6 semanas) recorrente (3 episódios /ano)*;
- Urticária crônica (acima de 6 semanas)*.

***OBS:** Nos casos de **urticária aguda recorrente**, especificar no encaminhamento a **frequência dos episódios e tempo de história**. Nos casos de **urticária crônica**, especificar no encaminhamento o **tempo de evolução**.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2018 - Parte 1 – Solé D et al. Arq Asma Alerg Imunol – Vol. 2. N° 1, 2018
2. Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2018 - Parte 2 – Solé D et al. Arq Asma Alerg Imunol – Vol. 2. N° 1, 2018
3. Guia prático de atualização em dermatite atópica - Parte II – Carvalho VO et al Arq Asma Alerg Imunol – Vol. 1. N° 2, 2017
4. Guia prático de atualização em dermatite atópica - Parte I – Antunes AA et al. Arq Asma Alerg Imunol – Vol. 1. N° 2, 2017