

DOI: <https://doi.org/10.58871/conaeti.v3.58>

**REAÇÕES ANAFILÁTICAS EM PEDIATRIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA****ANAPHYLACTIC REACTIONS IN PEDIATRIC: AN INTEGRATIVE REVIEW OF THE LITERATURE****PAULA HERRANA ALMEIDA ALVES**

Graduanda em Medicina pela Universidade Federal de Jataí (UFJ)- GO.

**GUILHERME SILVEIRA ROCHA**

Graduando em Medicina pela Universidade Federal de Jataí (UFJ)- GO.

**ELISA ROCHA COUTO**

Médica graduada pelo Centro Universitário do Espírito Santo (UNESC) - ES. Residência em Pediatria pelo Hospital César Leite de Manhuaçu -MG.

**RESUMO**

A anafilaxia trata-se de uma reação grave, multissistêmica e potencialmente fatal, sendo, portanto, uma emergência, cujo reconhecimento e tratamento precoces salvam vidas. **Objetivo:** Identificar na literatura mais atual as principais causas de anafilaxia na população pediátrica, bem como o descrever o manejo mais adequado desses casos, no contexto da emergência. **Metodologia:** Revisão integrativa de literatura no período de 2020 a 2024, utilizando os descritores em inglês “causes”, “anaphylaxis”, “management” e “pediatric”, nas plataformas Pubmed e Scielo. **Resultados e discussão:** Os gatilhos mais relatados são medicamentos, venenos de insetos e alimentos; no entanto, gatilhos não identificados ocorrem em até um quinto dos casos. Os alimentos aparecem com os desencadeadores mais comuns de anafilaxia em crianças. Em relação ao manejo dos quadros anafiláticos, sabe-se que a adrenalina salva vidas e é o único medicamento de primeira linha no tratamento da anafilaxia, devendo, portanto, ser administrada imediatamente quando houver suspeita de anafilaxia, para minimizar a morbimortalidade. **Considerações finais:** O manejo dos quadros anafiláticos envolve a administração de adrenalina, o oferecimento de suporte clínico e a difusão de conhecimento a respeito do manejo adequado dos casos. Diante disso, o desenvolvimento de estratégias educativas e ferramentas, associadas ao estabelecimento de protocolos hospitalares podem ser medidas que visem o melhor atendimento desses casos.

**Palavras-chave:** anafilaxia; pediatria; manejo.**ABSTRACT**

Anaphylaxis is a serious, multisystemic and potentially fatal reaction, and is therefore an emergency, whose early recognition and treatment saves lives. **Objective:** To identify in the most current literature the main causes of anaphylaxis in the pediatric population, as well as to describe the most appropriate management of these cases, in the emergency context. **Methodology:** Integrative literature review from 2020 to 2024, using the English descriptors

“causes”, “anaphylaxis”, “management” and “pediatric”, on the Pubmed and Scielo platforms. **Results and discussion:** The most reported triggers are medications, insect poisons and foods; however, unidentified triggers occur in up to a fifth of cases. Food appears as the most common triggers of anaphylaxis in children. Regarding the management of anaphylactic conditions, it is known that adrenaline saves lives and is the only first-line medication in the treatment of anaphylaxis, and should therefore be administered immediately when anaphylaxis is suspected, to minimize morbidity and mortality. **Final considerations:** The management of anaphylactic conditions involves the administration of adrenaline, the offering of clinical support and the dissemination of knowledge regarding the appropriate management of cases. In view of this, the development of educational strategies and tools, associated with the establishment of hospital protocols, can be measures aimed at better care for these cases.

**Keywords:** anaphylaxis; pediatrics; management.

## 1 INTRODUÇÃO

A anafilaxia trata-se de uma reação grave, multissistêmica e potencialmente fatal (SBP, 2021), sendo, portanto, uma emergência, cujo reconhecimento e tratamento precoces salvam vidas (Fustiñana, et al., 2019). Dentre as possíveis e principais causas descritas estão as alimentares, as medicamentosas, entre outras (SBP, 2021).

Os sinais e sintomas que podem ser encontrados são: urticária, angioedema, hipotensão arterial, comprometimento de trato respiratório e gastrointestinal (SBP, 2021). A anafilaxia pode ser classificada em graus de I a IV conforme sintomatologia e gravidade.

Os atrasos no reconhecimento dos sintomas e no tratamento têm sido associados a desfechos mais graves, incluindo necessidade de cuidados intensivos e maior tempo de internação hospitalar (Turner, 2022).

Diante disso, nota-se a extrema importância de reconhecer melhor essa condição e o manejo adequado a fim de assegurar melhores desfechos.

## 2 METODOLOGIA

A metodologia utilizada para realizar o estudo foi uma Revisão Integrativa da Literatura considerando o período de 2020 a 2024. Os descritores utilizados foram: “causes”, “anaphylaxis”, “management” e “pediatric”, nas plataformas Pubmed e Scielo. Critérios de inclusão: Estudos realizados em humanos. Crianças, independente de sexo, raça ou comorbidades associadas, entre 0 e 12 anos. Textos publicados em Português, Inglês e Espanhol. Textos: livros, documentos, estudos clínicos, ensaios clínicos controlados e randomizados, estudos de coorte, estudos de observação, revisões sistemáticas e metanálises. Critérios de exclusão: Estudos realizados em animais; Relatos de casos. Estudos

que envolviam participantes com mais de 12 anos. Terapias alvo-específicas para contextos alérgicos específicos. Estudos em andamento.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O esquema abaixo especifica o mecanismo de seleção dos artigos que compõem a amostra deste capítulo:

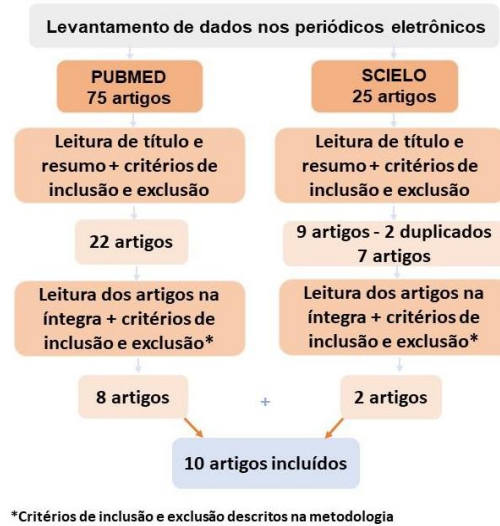


Imagem 1: Levantamento de dados nos periódicos eletrônicos

#### Apresentação clínica e diagnóstica

A história clínica dos pacientes pediátricos com quadro anafilático é marcada principalmente por um quadro cutâneo, associado a sintomas respiratórios (dispneia, broncoespasmo), cardiovasculares (hipotensão) e/ou disfunção em órgãos-alvo. Ainda assim, a faixa etária infantil apresenta um desafio diagnóstico: os sintomas podem ser vagos e confundidos na sua apresentação, principalmente por existirem diferenças e ambiguidades nos critérios diagnósticos. Vale frisar que o diagnóstico é predominantemente clínico, baseado na história e na sintomatologia apresentada. Cerca de 50% das crianças podem apresentar sintomas gastrointestinais (cólicas abdominais, vômitos) (Marques et al., 2020; Ramsey, Wang, 2022).

A anafilaxia é mais comumente relatada em crianças pré-escolares de 0 a 4 anos de idade, embora desfechos graves ou fatais nessa faixa etária sejam raros, sendo que a maioria dos episódios ocorrem nos primeiros 2 anos de vida (Tuner, 2015; Pier, Bingemann, 2020; Turner 2022).

De acordo com o Instituto Nacional de Alergia e Doenças Infecciosas (NIAID), a anafilaxia é definida pela presença de qualquer um dos 3 critérios a seguir: (1) “início agudo de envolvimento da pele e/ou mucosa mais sintomas respiratórios ou diminuição da pressão

arterial; (2) dois ou mais dos seguintes sintomas que ocorrem rapidamente após uma exposição a um alérgeno provável para aquele paciente específico: envolvimento da pele/ mucosas, envolvimento respiratório, diminuição da pressão arterial, envolvimento gastrointestinal persistente; (3) redução da pressão arterial após exposição a um alérgeno conhecido, ocorrendo dentro de minutos a horas” (Sampson et al. 2006; Cardenas-Morales 2021). Estima-se que, na faixa etária pediátrica, a incidência de anafilaxia é de cerca de 32 por 100.000 pessoas-ano, com uma prevalência estimada entre 0,3 a 5,1% (Anagnostou, 2018; Cardenas-Morales, 2021).

Já, segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria, a anafilaxia torna-se muito provável quando se está diante de pelo menos 2 dos critérios a seguir, sendo um quadro de início agudo envolvendo pele e/ou mucosa, como por exemplo, urticária, edema, prurido, rubor, associado a mais um dos seguintes critérios: comprometimento respiratório, hipotensão, cólicas abdominais, vômitos repetidos, hipotonia, síncope. No entanto, na presença de hipotensão, broncoespasmo ou envolvimento laríngeo após exposição a algum possível alérgeno, ainda que o paciente não apresente um quadro cutâneo, a probabilidade de se tratar de um quadro anafilático é grande (SBP, 2021).

Dessa forma, apesar de vários critérios diagnósticos e sistemas de classificação para definir anafilaxia e classificar sua gravidade, ainda não existe uma ferramenta clínica ideal para auxiliar na identificação de pacientes com suspeita de anafilaxia que possuam um limiar alto para o diagnóstico e parâmetros para tratamento com adrenalina/epinefrina. Os critérios diagnósticos mais amplamente aceitos são os critérios do NIAID (Campbell et al., 2012). No entanto, os autores observam que alguns pacientes que apresentam sintomas que não atendem aos critérios do NIAID para anafilaxia ainda necessitarão de tratamento com adrenalina. Por essa razão, um painel de especialistas sugeriu a revisão das diretrizes atuais e como elas são aplicadas, pois os critérios podem até ser úteis em pesquisas e avaliações de risco, no entanto, no contexto de emergência de um evento tão potencialmente fatal como um quadro anafilático, possuem valor limitado.

Durante a investigação dos casos anafiláticos, é preciso atentar-se para a realização de uma anamnese que considere fatos como: início dos sintomas, local acometido, presença de episódios semelhantes prévios, tratamentos, possíveis fatores associados ao episódio (Lieberman et al., 2012; Marques et al., 2020). No caso dos lactentes, o diagnóstico pode ser mais desafiador considerando a dificuldade na expressão de queixas e na sintomatologia que pode não se apresentar da forma mais comum (Dosanjh, 2013). Dessa forma, achados como irritabilidade, vômitos recorrentes, choro, hipotonia, alteração de consciência, podem ser considerados como possíveis quadros de anafilaxia.

A classificação de anafilaxia mais utilizada foi proposta por Ring e Messmer (1977), adaptada por Yim (2016), e classifica a anafilaxia em quatro graus, sendo:

- Grau I: sinais mucocutâneos generalizados; marcados pela presença de eritema, urticária e/ou angioedema;
- Grau II: manifestações em múltiplos órgãos; marcados pela presença de sinais mucocutâneos, broncoespasmo e hipotensão;
- Grau III: manifestações em múltiplos órgãos com risco de vida, marcados pela presença de arritmia, colapso cardiovascular, broncoespasmo;
- Grau IV: parada cardíaca.

Em relação às anafilaxias mais comuns, que são as associadas a alergias alimentares, é importante mencionar que se tratam de um grupo em que, de forma geral, a gravidade é menor do que àquelas cujos desencadeantes são não-alimentares. Na maior parte dos casos os representantes mais comuns são os amendoins/nozes, o leite de vaca e de outros mamíferos e os frutos do mar. Ademais, os estudos apontam que o ovo tem menos probabilidade de causar anafilaxia em crianças em comparação com outros alimentos (Pouessel, 2019; Turner, 2015; Turner, 2022).

No estudo argentino de Petriz et al. (2020), dos 321 pacientes incluídos, a alergia alimentar foi confirmada em 64% dos casos, sendo a maior parte pelo mecanismo mediado por IgE (53%), dos quais 68% foram alergia à proteína do leite de vaca, 20% alergia ao ovo, tendo a anafilaxia como manifestação clínica presente em 12% dos casos. Dessa forma, é uma tendência que, a partir das evidências recentes, a introdução de alimentos potencialmente alergênicos como ovo e o amendoim, por exemplo, ocorra já na introdução alimentar, pois pode ajudar a prevenir o desenvolvimento de alergias alimentares (Pier, Bingemann, 2020).

Em revisão retrospectiva composta por 47 participantes, sendo compostos por crianças com menos de 12 meses de idade, constatou-se que os lactentes apresentavam envolvimento cutâneo, principalmente urticária, seguido de vômitos como sinais/sintomas mais comuns. Além disso, nessa faixa etária, os sintomas gastrointestinais são mais frequentes quando comparados com crianças com mais de 12 meses de idade. (89%,  $p = 0,006$ ) (Samady et al., 2018). Outro estudo retrospectivo e multicêntrico de crianças coreanas com idade entre 0 e 2 anos encontrou, de forma similar, as manifestações cutâneas (98,6%) como mais comuns. Mas, em contraste com o estudo anterior descrito, essas foram seguidas por manifestações respiratórias (83,2%) e gastrointestinais (29,8%), enquanto que o acometimento do sistema cardiovascular esteve presente em apenas 7,7% dos casos (Jeon et al., 2019).

Além dessas manifestações, existem também as chamadas reações chamadas bifásicas, as quais se tratam de sintomas recorrentes ou novos sinais e sintomas que ocorrem após uma apresentação inicial de anafilaxia, sem exposição adicional e/ou reexposição ao fator desencadeante (Olabarri et al., 2020). Geralmente elas ocorrem entre 8 a 10 horas após a reação inicial e devem ser tratadas como a anafilaxia (Pier, Bingemann, 2020). A incidência dessas reações varia de 0,18% a 23% (Ilis, Dia, 2007; Grunau et al., 2014; Olabarri et al., 2020), sendo atribuíveis a uma ampla variedade de definições. Apesar disso, a maioria dos estudos descobriram que os sintomas recorrentes são geralmente menos graves do que os iniciais, sendo a urticária muitas vezes o único achado presente (Ilis, Dia, 2007).

A ambiguidade nos critérios diagnósticos promove falhas na identificação correta de uma reação anafilática, e, conseqüentemente, leva a não administração de adrenalina, conforme estudo de Fleischer et al. (2012). No Reino Unido e na Austrália, por exemplo, o fato de ter apenas comprometimento cutâneo e gastrointestinal não é suficiente para preencher os critérios de anafilaxia, mesmo com exposição a um alérgeno conhecido ou provável, implicando na não utilização da adrenalina no tratamento do quadro (Anagnostou et al., 2019).

Nos bebês, essa ambiguidade nos critérios diagnósticos soma-se ao desafio diagnóstico inerente a essa faixa etária, resultando em menos prescrição de autoinjetores de adrenalina ou até mesmo o não tratamento do quadro, quando comparado com outras faixas-etárias (Cardenas-Morales et al., 2021), sendo, portanto, segundo o estudo de Ramsey e Wang (2022), a adoção de uma linguagem específica da idade, uma estratégia útil para os cuidadores e familiares identificarem e descrever os sintomas de anafilaxia em bebês e crianças pequenas.

### ***Fisiopatologia***

Segundo Dreskin et al. (2020), a anafilaxia, de acordo com seus mecanismos fisiopatológicos, pode ser classificada em: Alérgica ou imunológica (IgE mediada e não IgE mediada); Não alérgica: associada a fatores não imunológicos, como agentes físicos ou a medicações como por exemplo, antiinflamatórios, opióides; Idiopática.

Além disso, ainda existem os mecanismos mistos, os quais têm como representantes os quadros de dermatite atópica, esofagite eosinofílica, asma, entre outros.

Na alergia alimentar, tem-se uma resposta imune adversa às proteínas alimentares (Waserman, 2018). Pode ser categorizada em dois tipos com base no seu mecanismo fisiopatológico: alergia alimentar mediada por imunoglobulina E (IgE), na qual os sintomas clínicos geralmente aparecem imediatamente (5 minutos a 1 hora) após a ingestão do alimento; e alergia alimentar não mediada por IgE, na qual os sintomas clínicos são retardados (geralmente mais de 4 horas após a ingestão do alimento) (Anvari, 2019).

### *Fatores de risco para reações anafiláticas mais graves*

As crianças com histórico de asma, nas quais ocorrem início rápido dos sintomas com mau estado geral, taquicardia e hipotensão ao chegar ao pronto-socorro, são consideradas mais propensas a ter episódios anafiláticos graves. Outros fatores de risco para anafilaxia grave em bebês incluem comorbidades respiratórias, como: asma, laringotraqueobronquite e bronquiolite (Simons et al., 2015). No entanto, considerando a alta prevalência de asma infantil e o fato de que a grande maioria das crianças portadoras não chegam a ter uma reação anafilática fatal, considerar a asma como preditora de reações fatais parece não ser o mais adequado. Ainda assim, o estudo de Olabarri et al., (2020) sugere o manejo dessas crianças com um pouco mais de cautela uma vez que sabe-se que o risco de reações anafiláticas fatais pode aumentar conforme mais fatores de risco estejam presentes conjuntamente (Turner et al., 2015; Olabarri et al., 2020).

### *Causas da anafilaxia*

A literatura aponta que os alimentos são o gatilho mais comum para anafilaxia na infância (Simons, Sampson, 2015). Em bebês e crianças pequenas, os laticínios, ovos e amendoim são os alimentos alérgenos mais frequentes (Pier, Bingemann, 2020). Medicamentos também são causa de anafilaxia, no entanto, as reações geralmente aparecem na adolescência. Outro tipo mais raro de anafilaxia é a anafilaxia induzida por exercício. Nela os sintomas podem ser causados por uma variedade de atividades, incluindo caminhada, corrida, durante ou após atividade física. (Pier, Bingemann, 2020).

### *Diagnósticos diferenciais*

Dentre os principais diagnósticos diferenciais de anafilaxia estão a urticária e o angioedema.

A urticária trata-se de uma condição em que há o aparecimento de urticas, angioedema ou ambos. A urtica (popularmente conhecidos como “vergões”) é uma lesão com edema central circundado por eritema, associado a prurido, com uma duração de até 24 horas. A urticária se apresenta como pápulas elevadas, eritematosas e geralmente intensamente pruriginosas. As lesões individuais geralmente duram menos de 24 horas, mas podem migrar por todo o corpo e não deixar alterações na pele após a resolução. Quanto à recorrência, as urticárias podem ser classificadas em agudas, quando tem menos de 6 semanas, ou crônicas, quando ocorrem na maioria dos dias da semana por mais de 6 semanas (Pier, Bingemann, 2020). A urticária aguda tem muitas causas, sendo as mais comuns as infecções virais. A urticária aguda é tratada com anti-histamínicos não-sedativos de ação prolongada, como cetirizina ou fexofenadina, até que haja resolução. Se for encontrado um antígeno desencadeante, evitá-lo é o tratamento definitivo.

A urticária crônica é mais comum em pacientes, incluindo crianças, com doenças autoimunes. A urticária crônica espontânea, que é o tipo mais comum em crianças, não tem causa subjacente ou gatilho conhecido. A terapia de primeira linha para a urticária crônica é a segunda geração de anti-histamínicos não sedativos (Pier, Bingemann, 2020). A exceção é a urticária induzida pelo frio, na qual o contato prolongado com o frio tem o potencial de resultar em anafilaxia.

Por sua vez, o angioedema é marcado pelo aparecimento de um edema súbito e pronunciado de derme inferior, subcutâneo ou mucosas, sendo mais doloroso, com uma duração de até 72 horas (Zuberbier et al., 2018). Costuma ser assimétrico e não pruriginoso. Pode ocorrer nas extremidades, abdômen, cabeça, pescoço e garganta, podendo, inclusive, comprometer as vias aéreas. O angioedema pode estar associado à urticária, geralmente devido à liberação de histamina, ou sem urticária, tipicamente mediada por cininas. Semelhante à urticária, o angioedema é classificado como agudo se ocorrer por menos de 6 semanas e como crônico se ocorrer por mais de 6 semanas. Especialmente as infecções virais são uma causa comum de angioedema na população pediátrica. Medicamentos como antiinflamatórios não esteróides e inibidores da enzima conversora de angiotensina também podem causar angioedema. O diagnóstico de angioedema depende da história clínica, sintomas, achados físicos associados e o tratamento de primeira linha do angioedema consiste em evitar o gatilho quando identificado.

### ***Manejo***

Em relação ao manejo dos quadros anafiláticos, sabe-se que a adrenalina salva vidas e é o único medicamento de primeira linha no tratamento da anafilaxia (Brown et al., 2020). Deve ser administrada imediatamente quando houver suspeita de anafilaxia, para minimizar a morbidade e mortalidade. Seus efeitos, na dose usada para anafilaxia são  $\alpha$ -1-adrenérgicos (vasoconstrição, aumento da resistência vascular periférica e diminuição do edema da mucosa),  $\beta$ -1-adrenérgicos (aumento da contratilidade miocárdica e melhora do fluxo sanguíneo da artéria coronária e  $\beta$ -2- adrenérgicos broncodilatação) (Muraro et al., 2014; Lieberman, Simões, 2015; Brown et al., 2020).

Frente a suspeita de anafilaxia, a adrenalina deve ser administrada (Lieberman et al., 2015; Brown et al., 2020), mesmo antes do início de sintomas mais graves, justamente pela característica imprevisível dos quadros anafiláticos (Nowak, Macias, 2014). Foi demonstrado que seu uso precoce melhora os resultados, sendo o atraso associado à progressão para gravidade e óbito (Pier, Bingemann, 2020). Em um estudo com pacientes pediátricos tratados em um pronto-socorro, aqueles que receberam adrenalina antes da chegada ao hospital tiveram menor probabilidade de necessitar de duas ou mais doses de adrenalina em comparação com aqueles que não receberam, bem como a administração precoce de adrenalina também foi



associada a taxas mais baixas de hospitalização (Nowak, Macias, 2014; Fleming et al., 2015). Diante disso, para aqueles pacientes com risco de anafilaxia é recomendado que portem seus próprios auto-injetores de adrenalina e sejam ensinados a usá-los (Brown et al., 2020).

Dentre as barreiras existentes no manejo da anafilaxia na população pediátrica, talvez a mais importante seja a de reconhecimento do quadro. Isso porque o diagnóstico rápido é desafiado pela falta de uma constelação única de sintomas, uma vez que muitos dos sintomas podem parecer inespecíficos e serem atribuídos individualmente a diagnósticos alternativos ou relativos às variedades dos critérios diagnósticos. Assim, embora achados dermatológicos como prurido, erupção cutânea, rubor ou até o mesmo o angioedema sejam comuns na anafilaxia, os pacientes podem inicialmente não apresentá-los (Brown et al., 2020).

Diante de um quadro de anafilaxia, sabemos da importância do uso da adrenalina no contexto, contudo, vale lembrar de etapas essenciais que envolvem o manejo desses pacientes (Lieberman et al., 2010; SBP, 2021):

1. Retirar a possível fonte alérgica;
2. Avaliar a necessidade de suporte respiratório, pois pode ser necessário intubação orotraqueal ou outros procedimentos;
3. Assegurar via aérea, respiração e circulação;
4. Realizar a monitorização dos sinais vitais do paciente;
5. Fornecer oxigênio se necessário;
6. Posicionar paciente em decúbito dorsal com a elevação dos membros inferiores;
7. Administrar adrenalina intramuscular no terço médio da face anterolateral da coxa.  
Dose: solução de 1:1000 - 0,01 mg/kg (utilizando no máximo 0,3 mg ou 0,3 mL em menores de 12 anos; para os maiores de 12 anos, dose máxima de 0,5 mg ou 0,5 mL);
8. A dose de adrenalina pode ser repetida a cada 5-15 min, se necessário;
9. Monitorar toxicidade, avaliar frequência cardíaca;
10. Reavaliar paciente;
11. Obter acesso endovenoso ou intraósseo; Administrar NaCl 0,9 % 20 mL/kg de forma rápida, repetir até 60 mL/kg, se hipotensão;
12. Se manutenção da hipotensão, iniciar infusão contínua de adrenalina IM, ou de um vasopressor;
13. Administrar medicações adjuvantes após estabilização, se indicados;
14. Manter em observação por no mínimo 6 horas.

### ***Intervenções de segunda linha***

A administração de fluidos é uma medida inicial apropriada como tratamento da anafilaxia (Simons et al., 2011). Embora broncodilatadores inalatórios e adrenalina nebulizada inalada possam ser usados como adjuvantes para sintomas das vias aéreas inferiores, eles não são recomendados na anafilaxia por não aliviarem a constrição ou o choque das vias aéreas superiores (Marrs et al., 2013). Os anti-histamínicos H1, por sua vez, não são recomendados inicialmente porque, apesar de diminuírem a urticária e o prurido, não aliviam os sintomas respiratórios potencialmente fatais ou o choque. Embora os glicocorticóides também possam ser usados, pois potencialmente previnem a anafilaxia bifásica, seu início de ação leva horas e, portanto, não são medicamentos de escolha para o tratamento inicial da anafilaxia (Simons et al., 2011; Pier, Bingemann, 2020). Dessa forma, recomenda-se que somente após a administração de adrenalina sejam consideradas medicações adjuvantes. Além disso, os pacientes devem ser monitorados quanto a uma reação bifásica por 4 a 12 horas.

#### ***Tratamento a longo prazo***

Mais do que saber os fatores desencadeantes de reações alérgicas e possíveis anafilaxias, é importante a educação sobre a anafilaxia, principalmente considerando que é possível se deparar com o quadro mesmo em indivíduo sem histórico prévio. O manejo da anafilaxia a longo prazo inclui avaliação da alergia para orientar a prevenção, avaliar o prognóstico e proporcionar educação sobre o manejo da reação alérgica, incluindo a prescrição de autoinjetor de adrenalina e o fornecimento de um plano de emergência para alergias (Ramsey, Wang, 2022; Pier, Bingemann, 2020). Os pacientes que desenvolveram quadros anafiláticos necessitam de serem encaminhados a um alergista para avaliação, realização de testes se apropriados e feita a conscientização a respeito do manejo adequado diante dos casos (Pier, Bingemann, 2020).

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O manejo inicial da anafilaxia envolve a administração de adrenalina e o oferecimento de suporte clínico. É importante a educação sobre a anafilaxia, tanto para a população como para os profissionais de saúde. Portanto, o desenvolvimento de estratégias educativas e ferramentas, associadas ao estabelecimento de protocolos hospitalares podem ser medidas que visem o melhor atendimento desses casos. Por fim, vale ressaltar a necessidade de mais estudos analisando o panorama geral da anafilaxia de forma a melhor compreender quadro clínico, critérios diagnósticos, epidemiologia e manejo na faixa etária pediátrica.

#### **REFERÊNCIAS**

ANAGNOSTOU, K. Anaphylaxis in Children: Epidemiology, Risk Factors and Management.

- Current Pediatric Reviews**, v. 14, n. 3, p. 180–186, 2018.
- ANVARI, S. *et al.* IgE-Mediated Food Allergy. **Clinical Reviews in Allergy & Immunology**, v. 57, n. 2, p. 244–260, 2018.
- BROWN, J. C.; SIMONS, E.; RUDDERS, S. A. Epinephrine in the Management of Anaphylaxis. **The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice**, v. 8, n. 4, p. 1186–1195, 2020.
- CAMPBELL, R. L. *et al.* Evaluation of National Institute of Allergy and Infectious Diseases/Food Allergy and Anaphylaxis Network criteria for the diagnosis of anaphylaxis in emergency department patients. **Journal of Allergy and Clinical Immunology**, v. 129, n. 3, p. 748–752, 2012.
- CARDENAS-MORALES, M.; HERNANDEZ-TRUJILLO, V. Infant Anaphylaxis: A Diagnostic Challenge. **Current Allergy and Asthma Reports**, v. 21, n. 2, 2021.
- DOSANJH, A. Infant anaphylaxis: the importance of early recognition. **Journal of Asthma and Allergy**, v. 6, p. 103–107, 2013.
- DRESKIN, S. C.; STITT, J. M. Anaphylaxis. *In*: BURKS, A. W. *et al.* (org.). **Middleton's allergy: principles and practice**. Edinburgh: Elsevier, 2020. p. 1228–1243.
- FLEISCHER, D. M. *et al.* Allergic Reactions to Foods in Preschool-Aged Children in a Prospective Observational Food Allergy Study. **PEDIATRICS**, v. 130, n. 1, p. e25–e32, 2012.
- FLEMING, J. T. *et al.* Early Treatment of Food-Induced Anaphylaxis with Epinephrine Is Associated with a Lower Risk of Hospitalization. **The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice**, v. 3, n. 1, p. 57–62, 2015.
- FUSTIÑANA, A. L.; RINO, P. B.; KOHN LONCARICA, G. A. Reconocimiento y manejo de la Anafilaxia en pediatría. **Revista Chilena de Pediatría**, v. 90, n. 1, p. 44, 2019.
- GRABENHENRICH, L. B. *et al.* Anaphylaxis in children and adolescents: The European Anaphylaxis Registry. **Journal of Allergy and Clinical Immunology**, v. 137, n. 4, p. 1128–1137.e1, 2016.
- LIEBERMAN, P. *et al.* Anaphylaxis—a practice parameter update 2015. **Annals of Allergy, Asthma & Immunology**, v. 115, n. 5, p. 341–384, 2015.
- LIEBERMAN, P. *et al.* The diagnosis and management of anaphylaxis practice parameter: 2010 Update. **Journal of Allergy and Clinical Immunology**, v. 126, n. 3, p. 477–480.e42, 2010.
- MARQUES, M. L. *et al.* Anafilaxia em idade pediátrica: uma visão global. **Nascer e Crescer**, v. 29, n. 2, p. 92–100, 2020.
- MARRS, T.; LACK, G. Why do few food-allergic adolescents treat anaphylaxis with adrenaline? - reviewing a pressing issue. **Pediatric Allergy and Immunology**, v. 24, n. 3, p. 222–229, 2012.
- MURARO, A. *et al.* Anaphylaxis: guidelines from the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. **Allergy**, v. 69, n. 8, p. 1026–1045, 2014.
- NOWAK, R. M.; MACIAS, C. G. Anaphylaxis on the Other Front Line: Perspectives from the Emergency Department. **The American Journal of Medicine**, v. 127, n. 1, p. S34–S44, 2014.
- OLABARRI, M. *et al.* Risk Factors for Severe Anaphylaxis in Children. **The Journal of Pediatrics**, v. 225, p. 193–197.e5, 2020.
- PETRIZ, N. A. *et al.* Epidemiological study of food allergy in a population of Argentine children. **Archivos Argentinos De Pediatría**, v. 118, n. 6, p. 418–426, 2020.
- PFLIPSEN, M. C.; COLON, K. M. V. Anaphylaxis: Recognition and Management. **American family physician**, v. 102, n. 6, p. 355–362, 2020.
- PIER, J.; BINGEMANN, T. A. Urticaria, Angioedema, and Anaphylaxis. **Pediatrics in Review**, v. 41, n. 6, p. 283–292, 2020.

- POUESSEL, G. *et al.* Anaphylaxis admissions in pediatric intensive care units: Follow-up and risk of recurrence. **Pediatric Allergy and Immunology**, v. 30, n. 3, p. 341–347, 2019.
- RAMSEY, N.; WANG, J. Management of Anaphylaxis in Infants and Toddlers. **Immunology and Allergy Clinics of North America**, v. 42, n. 1, p. 77–90, 2022.
- RING, J.; MESSMER, K. INCIDENCE AND SEVERITY OF ANAPHYLACTOID REACTIONS TO COLLOID VOLUME SUBSTITUTES. **The Lancet**, v. 309, n. 8009, p. 466–469, 1977.
- SAMADY, W. *et al.* Food-induced anaphylaxis in infants and children. **Annals of Allergy, Asthma & Immunology**, v. 121, n. 3, p. 360–365, 2018.
- SAMPSON, H. A. *et al.* Second symposium on the definition and management of anaphylaxis: Summary report—Second National Institute of Allergy and Infectious Disease/Food Allergy and Anaphylaxis Network symposium. **Journal of Allergy and Clinical Immunology**, v. 117, n. 2, p. 391–397, 2006.
- SIMONS, F. E. R. Anaphylaxis, killer allergy: Long-term management in the community. **Journal of Allergy and Clinical Immunology**, v. 117, n. 2, p. 367–377, 2006.
- SIMONS, F. E. R. *et al.* World allergy organization guidelines for the assessment and management of anaphylaxis. **The World Allergy Organization journal**, v. 4, n. 2, p. 13–37, 2011.
- SIMONS, F. E. R.; SAMPSON, H. A. Anaphylaxis: Unique aspects of clinical diagnosis and management in infants (birth to age 2 years). **Journal of Allergy and Clinical Immunology**, v. 135, n. 5, p. 1125–1131, 2015.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Alergia. Anafilaxia: atualização 2021. São Paulo: SBP, 2021. 1 v.
- TEJEDOR-ALONSO, M. A. *et al.* Epidemiology of Anaphylaxis: Contributions From the Last 10 Years. **Journal of investigational allergology & clinical immunology**, v. 25, n. 3, p. 163–165, 2015.
- TURNER, P. J. *et al.* Increase in anaphylaxis-related hospitalizations but no increase in fatalities: An analysis of United Kingdom national anaphylaxis data, 1992-2012. **Journal of Allergy and Clinical Immunology**, v. 135, n. 4, p. 956-963.e1, 2015.
- TURNER, P. J. *et al.* Risk factors for severe reactions in food allergy: Rapid evidence review with meta-analysis. **Allergy**, v. 77, n. 9, 2022.
- WASERMAN, S.; BÉGIN, P.; WATSON, W. IgE-mediated food allergy. **Allergy, Asthma & Clinical Immunology**, v. 14, n. S2, 2018.
- ZUBERBIER, T. *et al.* The EAACI/GA<sup>2</sup>LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria. **Allergy**, v. 73, n. 7, p. 1393–1414, 2018.