

## **Critérios de Referenciação do Serviço de Imunoalergologia, ULS Santa Maria**

Diretora de Serviço

Dra. Elisa Pedro

Responsável da Consulta

Hospital de Santa Maria  
Hospital Pulido Valente

Dra. Amélia Spínola Santos  
Prof. Dr. Manuel Branco Ferreira

Contactos

[imunoalergologia@ulssm.min-saude.pt](mailto:imunoalergologia@ulssm.min-saude.pt)

[sandra.olivenca@ulssm.min-saude.pt](mailto:sandra.olivenca@ulssm.min-saude.pt)

217805427 / 967251559

De modo a agilizar a resposta aos pedidos de consulta e otimizar os tempos de resposta, definem-se os critérios de referenciação e exames complementares necessários, na Tabela1.

A referenciação está aberta a todas as faixas etárias com exceção das Imunodeficiências Primárias do Adulto e implica a presença de pelo menos um critério.

O pedido de consulta deve ser acompanhado de história clínica detalhada, hipótese clínica e/ou dúvidas a esclarecer. A orientação para uma área de diferenciação da especialidade será feita pelo médico triador.

O doente deve trazer os últimos exames complementares efetuados quando vier à consulta.

### **Áreas da especialidade:**

- Imunoalergologia Geral
- Alergia Alimentar
- Alergia Medicamentosa
- Alergia a Insetos
- Alergia a Meios de Contraste
- Alergologia na Gravidez

SERVIÇO DE  
Imunoalergologia

Av. Professor Egas Moniz  
1649-035 LISBOA  
Tel.: 217 805 000 – Fax: 217 805 610  
<https://www.ulssm.min-saude.pt/>

Alameda das Linhas de Torres, 117  
1769-001 LISBOA

Tel.: 217 548 000 – Fax: 217 548 215

- Angioedema Hereditário
- Asma Grave
- Asma / Polipose Nasal
- Esofagite Eosinofílica
- Eczema Atópico Grave
- Imunodeficiências Primárias do Adulto
- Urticária Grave

**Tabela 1- Critérios de Referência do Serviço de Imunoalergologia**

CONDIÇÃO	CRITÉRIOS MÍNIMOS	EXAMES COMPLEMENTARES NECESSÁRIOS
<b>Anafilaxia</b>		
	- Reação anafilática independentemente da gravidade ou fator desencadeante.	
<b>Asma Brônquica</b>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asma e alergia;</li> <li>- Asma e hipersensibilidade a anti-inflamatórios não esteroides (AINE);</li> <li>- Uma ou mais consultas não programadas por descompensação da asma no último ano;</li> <li>- Uma ou mais idas à urgência por asma nos últimos 6 meses;</li> <li>- Necessidade de corticoterapia sistémica uma ou mais vezes/ano*;</li> <li>- Sintomas diários mesmo com medicação máxima (GINA)*</li> <li>- Diagnóstico de asma e FEV1 &lt;80%</li> <li>- Internamento por asma no último ano *</li> </ul> *Critérios de asma grave	Hemograma, IgE total Rx Tórax ECG (adultos)  Espirometria com broncodilatação (se disponível)
<b>Rinite/Sinusite</b>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rinite/Sinusite alérgica não controlada com terapêutica farmacológica ou com necessidade desta terapêutica em dois ou mais meses/ano;</li> <li>- Agudizações de rinite/sinusite associadas a asma não controlada;</li> </ul>	TC dos seios peri-nasais (se disponível)

SERVIÇO DE  
Imunoalergologia

Av. Professor Egas Moniz  
1649-035 LISBOA  
Tel.: 217 805 000 – Fax: 217 805 610  
<https://www.ulssm.min-saude.pt/>

Alameda das Linhas de Torres, 117  
1769-001 LISBOA

Tel.: 217 548 000 – Fax: 217 548 215

	- Rinossinusite crónica com polipose nasal com ou sem hipersensibilidade a AINE.	
<b>Conjuntivite</b>		
	- Conjuntivite alérgica não controlada com terapêutica farmacológica ou com desta terapêutica em dois ou mais meses/ano.	
<b>Eczema Atópico</b>		
	- Eczema atópico grave não controlado com terapêutica tópica (corticoterapia e/ou inibidores da calcineurina) e com necessidade corticoterapia ou imunossupressora sistémica intermitente ou mantida.	
<b>Urticária Aguda</b> (duração < 6 semanas)		
	- Urticária aguda/angioedema agudo em que se suspeita de causa subjacente (medicamento, alimento, picada de abelha/vespa ou contacto cutâneo com alérgénio).	
<b>Urticária Crónica</b> (duração ≥ 6 semanas)		
	- Urticária (com e sem angioedema) crónica espontânea, não controlada com anti-histamínico de 2ª geração na dose aprovada; - Urticária (com e sem angioedema) crónica induzida por estímulos externos (frio, calor, pressão, aumento da temperatura corporal, entre outros).	
<b>Angioedema Recorrente</b> (sem urticária)		
	- Angioedema recorrente não relacionado com inibidores de enzima de conversão da angiotensina (IECA); - Angioedema hereditário confirmado ou suspeito.	
<b>Imunodeficiência Primária do Adulto</b>		
	- Infecções graves ou recorrentes; - Autoimunidade grave, multi-órgão e/ou de início precoce associada a infeções; - Hipogamaglobulinémia ou defeito seletivo de isotipos de imunoglobulinas sem causa secundária; - Deficiência do complemento sem causa secundária; - História familiar de imunodeficiência primária.	Relatório clínico com dados clínicos que justifiquem a referência. Análises Clínicas: - Hemograma, vs; - Eletroforese proteínas; - IgG, IgA, IgM e IgE total; - C3, C4 e CH50; - Urina II

<b>Particularidades de Áreas Diferenciadas</b>		
<b>Alergia a Venenos de Insetos (abelhas e vespas)</b>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anafilaxia após picada por himenóptero (abelha, vespa);</li> <li>- Reação à picada por himenópteros em doente com diagnóstico de mastocitose sistémica;</li> <li>- Reações locais exuberantes com a picada de himenóptero (abelha, vespa) em doentes com fatores de risco (<i>hobbie</i>, profissão) para picadas frequentes.</li> </ul>	
<b>Esofagite Eosinofílica</b>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disfagia/Impacto alimentar em doente atópico, com evidência endoscópica e histológica de esofagite eosinofílica, ou seja, com biópsia esofágica com 15 ou mais eosinófilos por campo de grande ampliação (CGA).</li> </ul>	Endoscopia alta com biópsias esofágicas, mostrando infiltrado de eosinófilos (> 15/CGA).
<b>Alergia Beta-lactâmicos/ Penicilinas, Outros Fármacos e Meios de Contraste (MC)</b>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Urticária/ anafilaxia/ reações mucocutâneas graves após administração de betalactâmicos, outros fármacos ou meios de contraste.</li> </ul>	<p>Relatório clínico com dados clínicos que justifiquem a referência.</p> <p>Enviar informação que consta no quadro do Anexo-I</p>

Anexo 1. Parâmetros de avaliação na suspeita de alergia a fármacos/meios de contraste

PARÂMETROS A AVALIAR	RESPOSTAS A PREENCHER PELO MÉDICO QUE REFERENCIA
Qual o fármaco /meio de contraste (MC) suspeito?	
Qual o motivo da prescrição?	
Data da reação suspeita.	
Tempo que decorreu entre a administração do fármaco ou meio de contraste suspeito e o início das manifestações clínicas.	
Descrição das manifestações clínicas após a administração do fármaco ou meio de contraste suspeito.	
Outros fármacos concomitantes não habituais, presentes na reação suspeita (ex. AINE, anestésicos locais, ...).	
Exposições a fármacos do mesmo grupo/ou outros exames com contraste após a reação (e quais) e indicação se os tolerou ou não (com descrição da reação).	
Comorbilidades e medicação de ambulatório à data da referenciação.	
História clínica de urticária crónica (SIM/NÃO e desde quando).	
<b>NÃO SÃO CRITÉRIOS DE REFERENCIAÇÃO:</b>	
<b>1-</b> Manifestações gastrointestinais (como náuseas, vômitos e/ou diarreia), isoladamente sem outras manifestações clínicas. <b>2-</b> Candidíase das mucosas, sem outras manifestações clínicas. <b>3-</b> Sintomas <i>minor</i> tais como cefaleias, artralgias, sensação de sabor estranho na boca, sem outras manifestações clínicas. <b>4-</b> História familiar de alergia à penicilina, outros fármacos ou MC na ausência história pessoal de alergia a beta-lactâmicos, outros fármacos ou a MC. <b>5-</b> Receio da administração de antibiótico beta-lactâmico, outros fármacos ou MC.	

ULSSM, 24-10-2024

SERVIÇO DE  
Imunoalergologia

Av. Professor Egas Moniz  
1649-035 LISBOA  
Tel.: 217 805 000 – Fax: 217 805 610  
<https://www.ulssm.min-saude.pt/>

Alameda das Linhas de Torres, 117  
1769-001 LISBOA

Tel.: 217 548 000 – Fax: 217 548 215