



**REAÇÃO ALÉRGICA – ANAFILAXIA – SUPORTE AVANÇADO**

**Versão:**

**Departamento: Todas Unidades Assistenciais da Rede**

**Objetivo:** Realizar suporte e atendimento a vítima cometida por anafilaxia.

**Frequência:** Sempre que suspeitar de reação alérgica.

**Executante:** médico

**ATENÇÃO!** Quando suspeitar de anafilaxia ou critérios de inclusão?

História de contato com um alérgeno reconhecido ou não, acompanhado de sinais.

## **I- Introdução**

### **Definição**

Anafilaxia é uma grave reação de hipersensibilidade sistêmica ou generalizada, geralmente rápida em sua instalação e pode levar à morte. Anafilaxia grave é caracterizada por comprometimento potencialmente fatal de vias aéreas, respiração e/ou circulação, e pode ocorrer sem sinais cutâneos típicos ou sem que o choque circulatório esteja presente (Organização Mundial de Alergia).

### **Classificação de acordo com mecanismo fisiopatológico:**

- Alérgica (Imunológica):** alimentos, insetos (abelhas, formigas, vespas), drogas e látex.
- Não Alérgica (Não Imunológica):** agentes físicos (frio e exercício), AINE e opiáceos.
- Idiopática:** fator etiológico desconhecido.

## **II- Manifestações Clínicas**

<b>Elaborado - 15 /04 /2024</b>	<b>Revisado - / /</b>	<b>Aprovado – / /</b>
Dra Lara Suellen M.São Mateus	Fabiana Garutti Dr.Alcides Pinto de Souza jR.	Dr.André Luciano Baitello



**PREFEITURA MUNICIPAL  
SECRETARIA DE SAÚDE  
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**

As manifestações clínicas apresentam-se desde reações leves até graves e fatais. O início geralmente é súbito, podendo atingir vários órgãos. Os sintomas iniciais ocorrem em segundos/minutos até horas após a exposição ao agente causal.

**Quadro 2. Principais sinais e sintomas de anafilaxia (N=1784)<sup>4</sup>**

Sinais/sintomas	Frequência (%)
<b>Cutâneos</b>	<b>90</b>
Urticária e angioedema (mais comumente em lábios e olhos)	85-90
Erupção cutânea (rash, eritema)	45-55
Prurido sem rash	2-5
<b>Respiratórios</b>	<b>40-60</b>
Dispneia, sibilos, tosse*	45-50
Edema de laringe (edema de glote)	50-60
Espirros, coriza, obstrução, prurido nasal e/ou ocular acompanhados ou não de hiperemia conjuntival e lacrimejamento.)	15-20
<i>*Tosse e rouquidão podem preceder a obstrução das vias aéreas</i>	
<b>Cardiovascular</b>	<b>30-35</b>
Taquicardia, tontura, síncope, dor precordial, hipotensão arterial, choque	
<b>Digestórios</b>	<b>25-30</b>
Náuseas, vômitos, diarreia, cólicas	
<b>Miscelânea</b>	
Cefaleia	5-8
Convulsão	1-2
Outros: incontinência urinária, cólicas uterinas, gosto metálico, sensação de morte iminente, desorientação.	

### III- Classificação de gravidade de acordo com sintomas

Elaborado - 15/04/2024	Revisado - / /	Aprovado - / /
Dra Lara Suellen M.São Mateus	Fabiana Garutti Dr.Alcides Pinto de Souza jR.	Dr.André Luciano Baitello



**Leve:**

- Autolimitados e sem evidência de progressão
- Urticária, prurido e edema limitados
- Sensação de prurido na garganta
- Congestão nasal Espirros / Conjuntivite

**Moderado:**

- quadro é mais pronunciado
- pode evoluir para grave se não for tratada
- Urticária / Prurido / Eritema difusos
- Sinais Vitais estáveis
- Edema de face, sem dispneia
- Sensação de aperto na garganta ou rouquidão, sem dispneia
- Sibilos / Broncoespasmo, leve, sem hipóxia
- Sintomas e sinais gastrointestinais persistentes

**Grave**

- risco de vida se não for tratado correto e imediatamente
- Edema difuso ou edema facial
- Eritema difuso com hipotensão
- Edema de laringe com estridor e/ou hipóxia
- Sibilos/broncoespasmo, com hipóxia significativa
- Hipotensão e taquicardia

**IV-Diagnóstico ( Anamnese detalhada + Critérios Clínicos)**

**1-Anamnese detalhada**

<b>Elaborado - 15 /04 /2024</b>	<b>Revisado - / /</b>	<b>Aprovado – / /</b>
Dra Lara Suellen M.São Mateus	Fabiana Garutti Dr.Alcides Pinto de Souza jR.	Dr.André Luciano Baitello



Agente suspeito, via de administração, dose, sequência e tempo de início dos sintomas, tratamento anteriormente aplicado na mesma situação clínica, exercício, uso de medicamentos.

## **2-Critérios Clínicos**

A anafilaxia é **altamente provável** quando preencher qualquer um dos 3 critérios a seguir.

### **✓ 1º CRITÉRIO**

Doença de início agudo (minutos a horas), com envolvimento de pele e/ou mucosas (urticária, prurido ou rubor, inchaço de lábios, língua ou úvula) e pelo menos mais uma das condições a seguir:

- redução da pressão arterial ou sintomas relacionados à disfunção de órgãos-alvo (síncope, hipotonia, incontinência). OBS: presente em 80% dos casos.
- acometimento respiratório (dispneia, broncoespasmo, estridor, hipoxemia);

### **✓ 2º CRITÉRIO**

Dois ou mais dos seguintes fatores (minuto a horas) após exposição a um provável alérgeno

- acometimento respiratório (dispneia, broncoespasmo, estridor, hipoxemia);
- envolvimento de pele e/ou mucosas;
- redução da pressão arterial ou sintomas associados à disfunção de órgãos-alvo (síncope, hipotonia, incontinência); e
- sintomas gastrointestinais persistentes (dor abdominal, diarreia, vômitos)

### **✓ 3º CRITÉRIO**

Redução da pressão arterial (minutos ou horas) após exposição a alérgeno conhecido para o paciente:

- **Crianças:** PAS inferior a 70+ 2x idade

<b>Elaborado - 15 /04 /2024</b>	<b>Revisado - / /</b>	<b>Aprovado - / /</b>
Dra Lara Suellen M.São Mateus	Fabiana Garutti Dr.Alcides Pinto de Souza jR.	Dr.André Luciano Baitello



**PREFEITURA MUNICIPAL  
SECRETARIA DE SAÚDE  
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**

- **Adultos:** sistólica abaixo de 90 mmHg ou queda de 30% do basal do paciente

**IV - CONDOTA E TRATAMENTO:**

**Com médico na Unidade:** estabilizar o paciente e acionar o SAMU - 192 **imediatamente** , e seguir com o atendimento até a chegada da equipe especializada e transporte.

**Sem médico na Unidade:** acionar o serviço de Regulação Médica (**SAMU 192**) para orientações/conduas e seguir **concomitantemente** com os passos a seguir. (consultar protocolo de Suporte Básico de Vida de Anafilaxia).

O objetivo do tratamento é preservar a permeabilidade das vias aéreas, manter pressão arterial e garantir oxigenação. Para isso deve-se:

- ✓ Administrar adrenalina precocemente;
- ✓ Manter os membros inferiores elevados (em caso de hipotensão);
- ✓ Suplementação de O<sub>2</sub> se **SatO<sub>2</sub> ≤ 95%**;
- ✓ Garantir volemia adequada.

**1. Realizar avaliação primária com ênfase para:**

- suspender, se possível, a exposição ao provável agente desencadeante;
- preservar a permeabilidade das vias aéreas;
- considerar intubação orotraqueal precoce se ocorrer rouquidão, edema lingual, estridor, edema de orofaringe ou angioedema,
- colocar o paciente em decúbito dorsal e elevar membros inferiores;
- se apresentar dispneia ou vômitos, colocar em posição de conforto; e

Elaborado - 15 /04 /2024	Revisado - / /	Aprovado - / /
Dra Lara Suellen M.São Mateus	Fabiana Garutti Dr.Alcides Pinto de Souza jR.	Dr.André Luciano Baitello



**PREFEITURA MUNICIPAL  
SECRETARIA DE SAÚDE  
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**

não permitir que o paciente sente ou se levante bruscamente, nem colocá-lo em posição vertical, pelo risco de morte súbita (síndrome da veia cava e do ventrículo vazio)

**2. Realizar avaliação secundária com ênfase para:**

Avaliar oximetria de pulso, ritmo cardíaco e sinais vitais.

**3. Instalar acesso venoso periférico.**

**4. Realizar abordagem medicamentosa:**

Oferecer oxigênio suplementar por máscara não reinalante se SatO<sub>2</sub> <94%, manter paciente monitorado avaliando oximetria de pulso, ritmo cardíaco e sinais vitais;

**5. Manter atenção para a ocorrência de PCR (parada cardiorrespiratória) caso necessário inicie as manobras de reanimação cardiopulmonar.**

<b>Manter sinais vitais</b>	Checar: A (vias aéreas), B (respiração), C (circulação) e M (mente - sensório)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Manter posição adequada (decúbito dorsal com MMII elevados).</li><li>• Levantar-se ou sentar-se subitamente estão associados a desfechos fatais (“síndrome do ventrículo vazio”).</li></ul>
-----------------------------	--	---

<b>Elaborado - 15 /04 /2024</b>	<b>Revisado - / /</b>	<b>Aprovado – / /</b>
Dra Lara Suellen M.São Mateus	Fabiana Garutti Dr.Alcides Pinto de Souza jR.	Dr.André Luciano Baitello



**PREFEITURA MUNICIPAL  
SECRETARIA DE SAÚDE  
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**

<b>Adrenalina 1:1000 (1mg/ml)</b>	<b>Adultos/Adolescentes:</b> 0,2-0,5mg (dose máxima) IM na face ântero-lateral da coxa. <b>Crianças:</b> 0,01mg/kg até o máximo de 0,3mg IM na face ântero-lateral da coxa. <b>Podemos repetir a dose (1 a 2 vezes no máximo) em 5-15 minutos se resposta ausente ou insuficiente. Atenção ao risco cardiovascular.</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Administrar imediatamente e repetir se necessário a cada 5-15 minutos, Monitorar toxicidade (frequência cardíaca)</li><li>• Adrenalina em diluições de 1:10.000 ou 1:100.000 somente devem ser administradas via IV nos casos de parada cardiorrespiratória ou hipotensão profunda que não respondeu à expansão de volume ou múltiplas injeções de epinefrina IM.</li></ul>
<b>Expansão de volume</b> Solução salina ou Ringer Lactacto	<b>Adultos/Adolescentes:</b> 1-2 litros rapidamente IV <b>Crianças:</b> 5-10ml/kg IV nos primeiros 5 minutos e 30ml/kg na primeira hora	<ul style="list-style-type: none"><li>• Taxa de infusão é regulada pelo pulso e pressão arterial.</li><li>• Estabelecer acesso IV com o maior calibre possível. Monitorar sobrecarga de volume</li></ul>
<b>Oxigênio (O<sub>2</sub>)</b>	Sob Cânula nasal ou máscara	<ul style="list-style-type: none"><li>• Manter saturação de O<sub>2</sub>. Se Sat O<sub>2</sub> &lt; 95%, há necessidade de mais de uma dose de adrenalina</li></ul>
<b>β2-Agonistas</b> Sulfato de salbutamol	Via inalatória: <i>Aerosol dosimetrado com espaçador (100 mcg/jato)</i> <b>Adultos/Adolescentes</b> 4-8 jatos, a cada 20 minutos, dose máxima 20 jatos <b>Crianças:</b> 50 mcg/Kg/dose=1jato/2kg; Dose máxima: 10 jatos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Para reversão do broncoespasmo</li><li>• Existem diferentes concentrações e doses</li><li>• Outros broncodilatadores β2-agonistas ( ex: Fenoterol)</li></ul>
<b>Anti-histamínicos</b> (Prometazina)	<b>Adultos/Adolescentes:</b> 25-50 mg IV <b>Crianças:</b> 1 mg/kg IV até máximo 50 mg	
<b>Corticoides</b> (hidrocortisona /Prednisona)	<b>Hidrocortisona:</b> <b>Adultos:</b> 300 mg <b>Crianças:</b> 10mg/kg (dose máxima 100mg) <b>Prednisona:</b> 0,5-1mg mg/kg/dia VO (Dose máxima 80mg/dia)	

<b>Elaborado - 15 /04 /2024</b>	<b>Revisado - / /</b>	<b>Aprovado - / /</b>
Dra Lara Suellen M.São Mateus	Fabiana Garutti Dr.Alcides Pinto de Souza jR.	Dr.André Luciano Baitello



## **V- CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES**

- **Observação Clínica:** casos leves (mínimo de 6 a 8hs); casos graves (24 a 48 hs).
- Indivíduos com asma mal controlada têm maior risco de reações mais graves
- Quanto mais difícil restabelecer a pressão arterial, menor será a resposta ao tratamento com adrenalina.

## **VI- ORIENTAÇÕES NA ALTA HOSPITALAR**

Existe a possibilidade de recorrência de sintomas até 12 horas após o episódio, em especial nos casos idiopáticos; na possibilidade de absorção contínua do alérgeno e em asmáticos mal controlados.

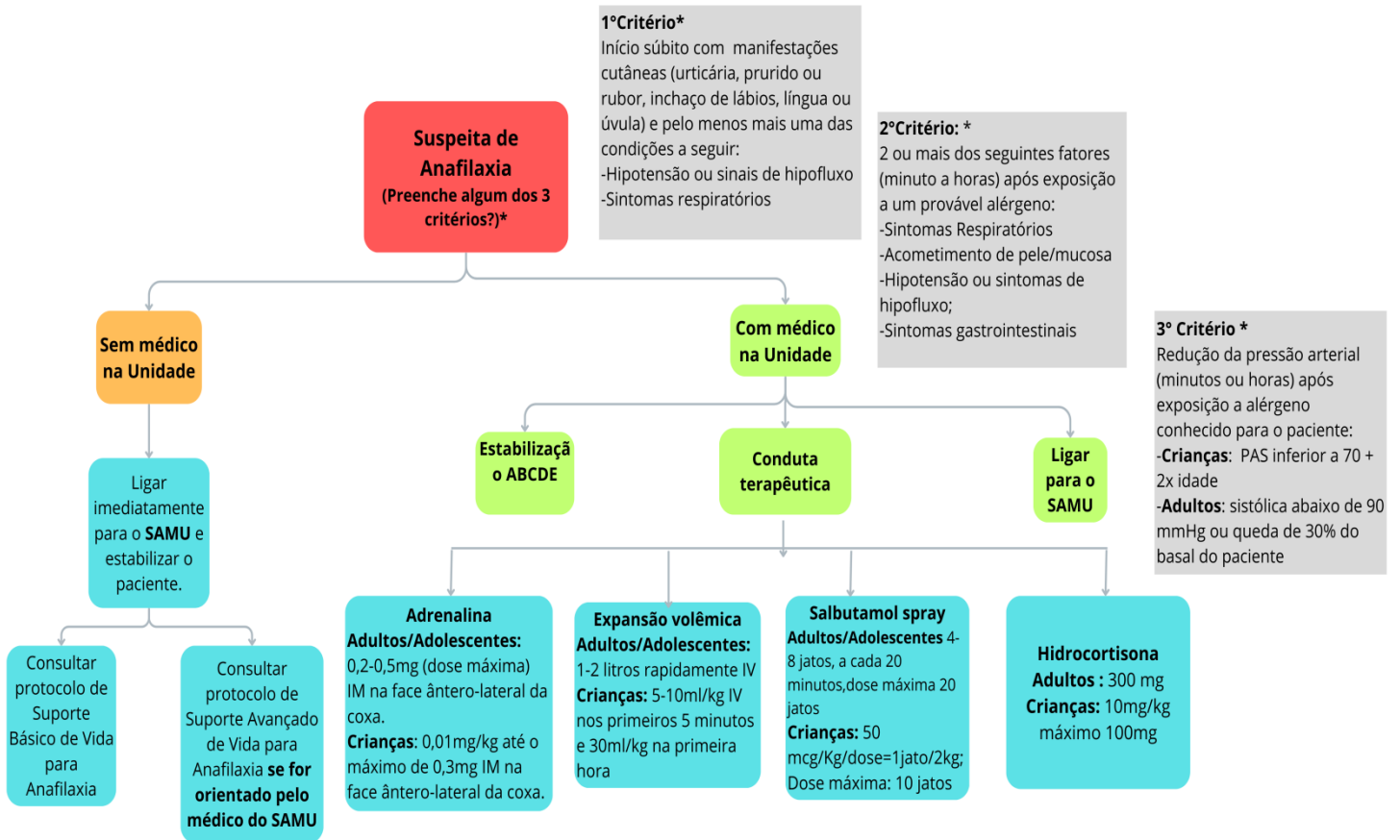
Por esta razão, corticosteroides por via oral (prednisona ou prednisolona) devem ser prescritos em doses habituais pelo período de 5-7 dias. Antihistamínicos (fexofenadina, cetirizina, desloratadina) também devem ser utilizados nas doses habituais para todas as faixas etárias por pelo menos 7 dias.

<b>Elaborado - 15 /04 /2024</b>	<b>Revisado - / /</b>	<b>Aprovado - / /</b>
Dra Lara Suellen M.São Mateus	Fabiana Garutti Dr.Alcides Pinto de Souza jR.	Dr.André Luciano Baitello





## VII- Fluxograma



<b>Elaborado - 15 /04 /2024</b>	<b>Revisado - / /</b>	<b>Aprovado - / /</b>
Dra Lara Suellen M.São Mateus	Fabiana Garutti Dr.Alcides Pinto de Souza jR.	Dr.André Luciano Baitello



## **VII – Bibliografia**

Guia Prático de Atualização, departamento científico de alergia, 2019-2021, Sociedade Brasileira de Pediatria, site [file:///C:/Users/fgrodrigues/Downloads/22970c-GPA-Anafilaxia - Atualizacao\\_2021%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/fgrodrigues/Downloads/22970c-GPA-Anafilaxia - Atualizacao_2021%20(1).pdf)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2ª edição, 2016. 1. Emergências Clínicas. 2. Emergências Traumáticas. 3. Emergências Pediátricas. 4. Emergências Obstétricas. 5. Procedimentos. 6. Protocolos Especiais.

<b>Elaborado - 15 /04 /2024</b>	<b>Revisado - / /</b>	<b>Aprovado – / /</b>
Dra Lara Suellen M.São Mateus	Fabiana Garutti Dr.Alcides Pinto de Souza jR.	Dr.André Luciano Baitello