

# Reação Alérgica Grave (Anafilaxia)

Guia prático de manejo e prescrição para reação alérgica grave (anafilaxia) no pronto-socorro e alta hospitalar, com adrenalina IM como tratamento prioritário, hidratação vigorosa e observação prolongada.

**Paciente típico:** Adulto jovem previamente hígido que desenvolve quadro súbito de urticária generalizada, prurido intenso, edema de lábios/língua, dispneia e hipotensão após exposição a alérgeno (alimento, medicamento, veneno de inseto ou látex).

## ? Guia rápido

ℹ *Clique nos tópicos abaixo para ver detalhes*

### História clínica típica

#### # História Clínica

Paciente refere início súbito há  minutos de lesões avermelhadas pruriginosas pelo corpo, seguidas de inchaço facial, dificuldade respiratória e tontura. Relata ter ingerido  (alimento suspeito) ou recebido  (medicamento suspeito) cerca de  minutos antes do início dos sintomas.

Sintomas associados: prurido intenso generalizado, sensação de aperto na garganta, chiado no peito, náuseas, sudorese fria, sensação de desmaio.

Nega: perda de consciência prévia, febre, trauma recente, sangramento.

Alergias conhecidas:

#### # Exame físico

REG/BEG, ansioso(a), hipocorado(a) +/-4+, taquidispneico(a)

FC:  bpm (taquicardia) | PA:  mmHg (hipotensão ou normal) | Tax: °C | SatO2: % (em ar ambiente)

Pele/mucosas: urticária generalizada, angioedema de face/lábios/língua, eritema difuso

Orofaringe: edema de úvula/língua (avaliar), sem estridor

Aparelho respiratório: sibilos difusos bilaterais / MV reduzido / tiragem subcostal (se presente)

Aparelho cardiovascular: taquicardia, pulsos finos/filiforme (se choque)

Abdome: dor difusa à palpação (se sintomas GI presentes)

#### # HD

- Anafilaxia (reação alérgica grave)
- Choque anafilático (se hipotensão/colapso cardiovascular)

#### # Conduta

- Suporte de O<sub>2</sub> se SpO<sub>2</sub> < 92%
- Hidratação venosa
- Prescrevo Anti-histamínico e corticoide EV
- Prescrevo Broncodilatador inalatório para tratamento de broncoespasmo
- Adrenalina IM (vasto lateral da coxa) - 0,5 mg (0,5 mL)
- Observação até melhora completa dos sintomas
- Afastamento do trabalho: □ dias (geralmente 2-5 dias)

## Prescrição para paciente típico

### No pronto-socorro:

01. ADRENALINA 1mg/mL – aplicar 0,5 mL (0,5 mg), IM profunda em vasto lateral da coxa, IMEDIATAMENTE

(Repetir a cada 5-15 minutos se necessário, até 3 doses)

02. Soro Fisiológico 0,9% 1000 mL – correr 1000-2000 mL EV em 1 hora (se hipotensão)

03. Oxigênio sob máscara com reservatório – 10-15 L/min, manter SatO<sub>2</sub> > 94%

#### # Se broncoespasmo:

04. SALBUTAMOL Spray (100 mcg/dose) – 4 a 10 puffs (jatos) a cada 20 min na primeira hora

#### # Medicções adjuvantes:

05. PROMETAZINA 25mg/mL – 01 ampola (2 mL) + 18 mL de SF0,9%, EV lento em 5 min

06. HIDROCORTISONA 100 mg – 2 ampolas + 100 mL de SF0,9%, EV em 30 min

# Se refratário à adrenalina IM (considerar adrenalina EV em BIC):

07. ADRENALINA 1mg/mL – 1 ampola (1 mL) + SF0,9% 99 mL (concentração 10 mcg/mL)

Iniciar 5-10 mL/h EV em bomba de infusão, titular conforme resposta

## Para casa:

01. Prednisolona 20 mg ————— 10 comprimidos

Tomar 02 comprimidos (40 mg), VO, em dose única pela manhã, por 3 dias

(para prevenir reação bifásica)

02. Hidroxizina 25 mg ————— 01 caixa

Tomar 01 comprimido, VO, à noite, por 3 dias

03. Salbutamol Spray (100 mcg/dose) ————— 01 frasco

Aplicar 02 jatos (puffs), inalatório, de 6/6h, se falta de ar

## ? NO PRONTO-SOCORRO

### • ▲ MANEJO E CUIDADOS INICIAIS

- **ADRENALINA IM é o tratamento PRIORITÁRIO** - não atrasar sua administração
- Retirar/afastar o agente desencadeante imediatamente (suspender medicação, retirar ferrão, etc)
- Posicionar paciente em **decúbito dorsal com elevação de MMII** (melhora retorno venoso)
- **Via aérea é considerada DIFÍCIL** - baixo limiar para IOT precoce
- Sinais de alarme para IOT: estridor, rouquidão progressiva, edema grave de língua/orofaringe, dessaturação refratária
- Monitorização contínua: ECG, PA não-invasiva, oximetria de pulso
- Acesso venoso calibroso (2 acessos se choque)
- Considerar cricotireoidostomia se edema grave de glote impossibilita IOT
- **Reação bifásica** pode ocorrer em 5-20% dos casos (geralmente em 8h, até 72h)
- Observação mínima: 4h para casos leves; 6-8h para casos graves, múltiplas doses de adrenalina, hipotensão inicial, ou paciente em uso de betabloqueadores

### • ADRENALINA (Epinefrina)

#### ○ Prescrição prática:

- Adrenalina 1mg/mL (1:1000) – aplicar 0,5 mL (0,5 mg), IM profunda em região do vasto lateral da coxa, **IMEDIATAMENTE**

- Repetir a mesma dose a cada 5-15 minutos se necessário (máximo 3 doses IM)
- Em crianças: 0,01 mg/kg IM (máximo 0,3 mg em < 12 anos; 0,5 mg em > 12 anos)
- **Adrenalina EV em BIC (casos refratários):**
  - Adrenalina 1mg/mL – diluir 1 ampola (1 mL) em 99 mL de SF0,9% (concentração final: 10 mcg/mL)
  - Iniciar 5-10 mL/h (0,8-1,7 mcg/min) EV em bomba de infusão
  - Titular conforme resposta clínica e PA - não há dose máxima
  - Alternativa: Adrenalina 6 mg + SF0,9% 94 mL (concentração 60 mcg/mL) - iniciar 0,1 mcg/kg/min
- **Indicações:**
  - Tratamento ESSENCIAL e de PRIMEIRA LINHA da anafilaxia
  - Deve ser administrada IMEDIATAMENTE na suspeita diagnóstica
  - Ação alfa-adrenérgica: vasoconstrição periférica, reversão do angioedema
  - Ação beta-adrenérgica: broncodilatação, estabilização de mastócitos
- **Apresentações:**
  - Ampola 1 mg/mL (1:1000) - 1 mL
- **Via(s):**  IM |  EV (apenas em BIC para casos refratários)
- **Cuidados:**
  - Via IM é SEMPRE a primeira escolha (menor risco de arritmias que via EV em bolus)
  - Local preferencial: **vasto lateral da coxa** (absorção mais rápida e previsível que deltoide)
  - Via subcutânea é INFERIOR à via IM (absorção errática)
  - Adrenalina EV em bolus está CONTRAINDICADA (risco de arritmias graves, hipertensão, IAM)
  - Se adrenalina EV necessária, usar APENAS em BIC com monitorização contínua
  - Pacientes em uso de betabloqueadores podem ter resposta inadequada (considerar glucagon)
  - Não existe dose máxima - titular pela resposta clínica
  - Segunda dose necessária em 12-36% dos casos
  - Preditores de múltiplas doses: rubor, diaforese, dispneia, história prévia de anafilaxia

## • HIDRATAÇÃO VENOSA VIGOROSA

- **Prescrição prática:**
  - Soro Fisiológico 0,9% 1000 mL – correr EV em 30-60 minutos (se hipotensão)
  - Ringer Lactato 1000 mL – correr EV em 30-60 minutos (alternativa)
  - Repetir bolus conforme necessário - volumes de 4-8 L podem ser necessários
- **Indicações:**
  - Hipotensão arterial ou sinais de choque
  - Extravasamento capilar maciço leva a hipovolemia relativa importante
- **Apresentações:**
  - Soro Fisiológico 0,9%: bolsas de 500 mL ou 1000 mL
  - Ringer Lactato: bolsas de 500 mL ou 1000 mL

- **Via(s):**  EV
- **Cuidados:**
  - Volumes MUITO MAIORES que choque hemorrágico podem ser necessários
  - Monitorizar sinais de sobrecarga volêmica (principalmente em idosos/cardiopatas)
  - Se refratariedade: considerar outros vasopressores (noradrenalina, vasopressina) em UTI
  - Pressão arterial invasiva se necessidade de drogas vasoativas

## • BRONCODILATADOR ( $\beta_2$ -agonista de curta ação)

- **Prescrição prática:**
  - Salbutamol Spray 100 mcg/dose – aplicar 4 a 10 puffs (jatos) a cada 20 minutos na primeira hora
  - Fenoterol Spray 100 mcg/dose – aplicar 4 a 10 puffs (jatos) a cada 20 minutos na primeira hora (alternativa)
  - Salbutamol 5mg/mL (solução para nebulização) – diluir 10-20 gotas em 4 mL de SF0,9%, nebulizar por 10 min
- **Alternativas:**
  - Fenoterol 5mg/mL – diluir 10-20 gotas em 3 mL de SF0,9%, nebulizar
- **Indicações:**
  - Broncoespasmo associado (sibilos, dispneia, tiragem)
  - Não substitui adrenalina - é tratamento ADJUVANTE
- **Apresentações:**
  - Salbutamol: aerossol 100 mcg/dose (spray), solução 5 mg/mL
  - Fenoterol: aerossol 100 mcg/dose, solução 5 mg/mL
- **Via(s):**  Inalatória
- **Cuidados:**
  - Usar espaçador/aerocâmara para melhor depósito pulmonar
  - Avaliar resposta clínica e ausculta pulmonar
  - Repetir a cada 20 min na primeira hora se broncoespasmo persistente
  - Após primeira hora, espaçar para 4/4h ou 6/6h conforme necessidade

## • ANTI-HISTAMÍNICO (antagonista H1)

- **Prescrição prática:**
  - Prometazina 25mg/mL – 01 ampola (2 mL) + 18 mL de SF0,9%, EV lento em 5 minutos
  - Difenidramina 50 mg – diluir em 100 mL de SF0,9%, EV em 15-30 min (alternativa)
- **Alternativas:**
  - Dexclorfeniramina 5mg/mL – 01 ampola (1 mL) + 9 mL de SF0,9%, EV lento
- **Indicações:**
  - Medicação ADJUVANTE (segunda linha) - NÃO substitui adrenalina
  - Controle de sintomas cutâneos (urticária, prurido, angioedema)

- Ação limitada sobre broncoespasmo e hipotensão
- **Apresentações:**
  - Prometazina: ampola 25 mg/mL (2 mL)
  - Difenhidramina: ampola ou cápsula 50 mg
  - Dexclorfeniramina: ampola 5 mg/mL (1 mL)
- **Via(s):**  EV |  IM |  Oral
- **Cuidados:**
  - Administrar APÓS adrenalina (nunca antes ou no lugar de)
  - Infusão EV lenta (risco de hipotensão adicional se rápida)
  - Efeito sedativo importante (orientar paciente)
  - Evitar difenhidramina em idosos (risco de delirium)
  - Dose máxima difenhidramina: 400 mg/dia

## • CORTICOSTEROIDE

- **Prescrição prática:**
  - Hidrocortisona 100 mg – 02 ampolas + 100 mL de SF0,9%, EV em 30 minutos
  - Metilprednisolona 500 mg – 01 ampola + 100 mL de SF0,9%, EV em 30 min (alternativa)
- **Alternativas:**
  - Dexametasona 10 mg – 01 ampola (2,5 mL) + ABD, EV
- **Indicações:**
  - Medicação ADJUVANTE - benefício QUESTIONÁVEL no tratamento agudo
  - Pode ajudar a prevenir reação bifásica (evidência limitada)
  - Principal indicação: broncoespasmo associado, história de asma
- **Apresentações:**
  - Hidrocortisona: frasco-ampola 100 mg ou 500 mg
  - Metilprednisolona: frasco-ampola 125 mg ou 500 mg
  - Dexametasona: ampola 4 mg/mL (2,5 mL)
- **Via(s):**  EV |  IM
- **Cuidados:**
  - Início de ação lento (4-6 horas) - não tem efeito imediato
  - NÃO tem papel na parada cardíaca por anafilaxia
  - Sempre administrar APÓS adrenalina
  - Doses pediátricas: Hidrocortisona 5-10 mg/kg (máx 300 mg); Metilprednisolona 1-2 mg/kg (máx 125 mg)

## • GLUCAGON (casos especiais)

- **Prescrição prática:**
  - Glucagon 1 mg – diluir em 10 mL de água destilada, aplicar 1-5 mg EV lento em 5 minutos
  - Pode repetir a cada 5 minutos se necessário
  - Se hipotensão persistente: infusão contínua 5-15 mcg/min EV em BIC

- **Indicações:**
  - Pacientes em uso de BETABLOQUEADORES com anafilaxia refratária à adrenalina
  - Age via adenilciclase (efeito inotrópico e cronotrópico independente de receptores beta)
- **Apresentações:**
  - Frasco-ampola 1 mg (pó) + diluente
- **Via(s):**  EV |  IM |  SC
- **Cuidados:**
  - Uso muito específico e raro
  - Efeitos colaterais: náuseas, vômitos, hiperglicemia
  - Reconstituir imediatamente antes do uso

## ? PARA CASA

### • CORTICOSTEROIDE

- **Prescrição:** Prednisolona 20 mg – Tomar 02 comprimidos (40 mg), VO, em dose única pela manhã, por 3-5 dias
- **Indicações:** Prevenir reação bifásica e controlar sintomas residuais
- **Apresentações:** Comprimidos de 5 mg, 20 mg ou 40 mg
- **Posologia:** 40-60 mg/dia em dose única matinal por 3-5 dias (não necessita desmame)
- **Cuidados:**
  - Tomar após café da manhã para reduzir desconforto gástrico
  - Curso curto não requer desmame
  - Pode causar insônia se tomado à noite
- **Alternativa(s):**
  - Prednisona 20 mg – Tomar 02 comprimidos, VO, pela manhã, por 3-5 dias

### • ANTI-HISTAMÍNICO

- **Prescrição:** Prometazina 25 mg – Tomar 01 comprimido, VO, à noite, por 3-5 dias
- **Indicações:** Controle de prurido residual, urticária e prevenção de sintomas cutâneos
- **Apresentações:** Comprimidos de 25 mg
- **Posologia:** 25 mg à noite por 3-5 dias
- **Cuidados:**
  - Causa sonolência (não dirigir/operar máquinas)
  - Evitar álcool
  - Tomar à noite para aproveitar efeito sedativo
- **Alternativa(s):**
  - Hidroxizina 25 mg – Tomar 01 comprimido, VO, à noite, por 3 dias
  - Dexclorfeniramina 2 mg – Tomar 01 comprimido, VO, de 8/8h, por 3 dias

- **BRONCODILATADOR** (se broncoespasmo)

- **Prescrição:** Salbutamol Spray 100 mcg/dose – Aplicar 02 jatos (puffs), inalatório, de 6/6h ou se falta de ar, por até 5 dias
- **Indicações:** Sintomas respiratórios residuais ou história de asma
- **Apresentações:** Aerossol dosimetrado 100 mcg/dose (spray com 200 doses)
- **Posologia:** 2 puffs de 4/4h a 6/6h ou SOS se dispneia
- **Cuidados:**
  - Agitar o frasco antes de usar
  - Usar espaçador se disponível
  - Aguardar 1 minuto entre os jatos
  - Enxaguar a boca após uso
  - Se necessidade frequente: retornar ao PS

- **📋 Orientações ao paciente**

- **Retornar IMEDIATAMENTE ao PS se:** nova dificuldade para respirar, inchaço de rosto/língua/garganta, chiado no peito, tontura intensa, desmaio, urticária extensa recorrente
- **Reação bifásica:** sintomas podem RETORNAR em até 8-72h (mais comum em 8h) - manter vigilância
- **Evitar RIGOROSAMENTE o alérgeno identificado:** anotar o gatilho e informar todos os profissionais de saúde
- **Leitura de rótulos:** verificar composição de alimentos e medicamentos
- **Alergias cruzadas:** consultar alergista para investigação de sensibilização a alérgenos relacionados
- **Receita para Adrenalina Autoinjetora (EpiPen®):** solicitar ao médico assistente ou alergista para portar sempre consigo
- **Cartão de identificação:** portar cartão de alérgico com informação sobre alérgenos conhecidos
- **Atividades:** repouso relativo nas primeiras 24-48h; evitar exercícios intensos por 3-5 dias
- **Medicamentos a evitar:** AINEs e AAS podem agravar (se alergia a estes for conhecida ou suspeitada)
- **Acompanhamento:** consultar alergista/imunologista em 7-14 dias para investigação detalhada e testes cutâneos
- **Dessensibilização:** pode ser indicada em casos selecionados (discutir com especialista)
- **Educação:** treinar uso de adrenalina autoinjetora com profissional habilitado
- **Instruir familiares:** sobre reconhecimento de sintomas e uso de dispositivo autoaplicável

## ? CID-10:

- **T78.0:** Choque anafilático devido a reação adversa a alimento
  - **T78.2:** Choque anafilático não especificado
  - **T80.5:** Choque anafilático devido a soro
  - **T88.6:** Choque anafilático devido a efeito adverso de droga ou medicamento correto, administrado adequadamente
  - **T63.4:** Efeito tóxico de veneno de outros artrópodes (abelha, vespa, formiga)
- 

Revision #8

Created 7 August 2025 11:56:33 by Heric

Updated 13 October 2025 23:41:19 by Heric