

AMEAÇA INVISÍVEL: A CORRIDA CONTRA O COLAPSO

Guia de Ação Rápida para o Manejo Definitivo da Anafilaxia



**ANAFILAXIA É UMA EMERGÊNCIA
MÉDICA TEMPO-DEPENDENTE.**



O MITO

É só uma alergia forte.



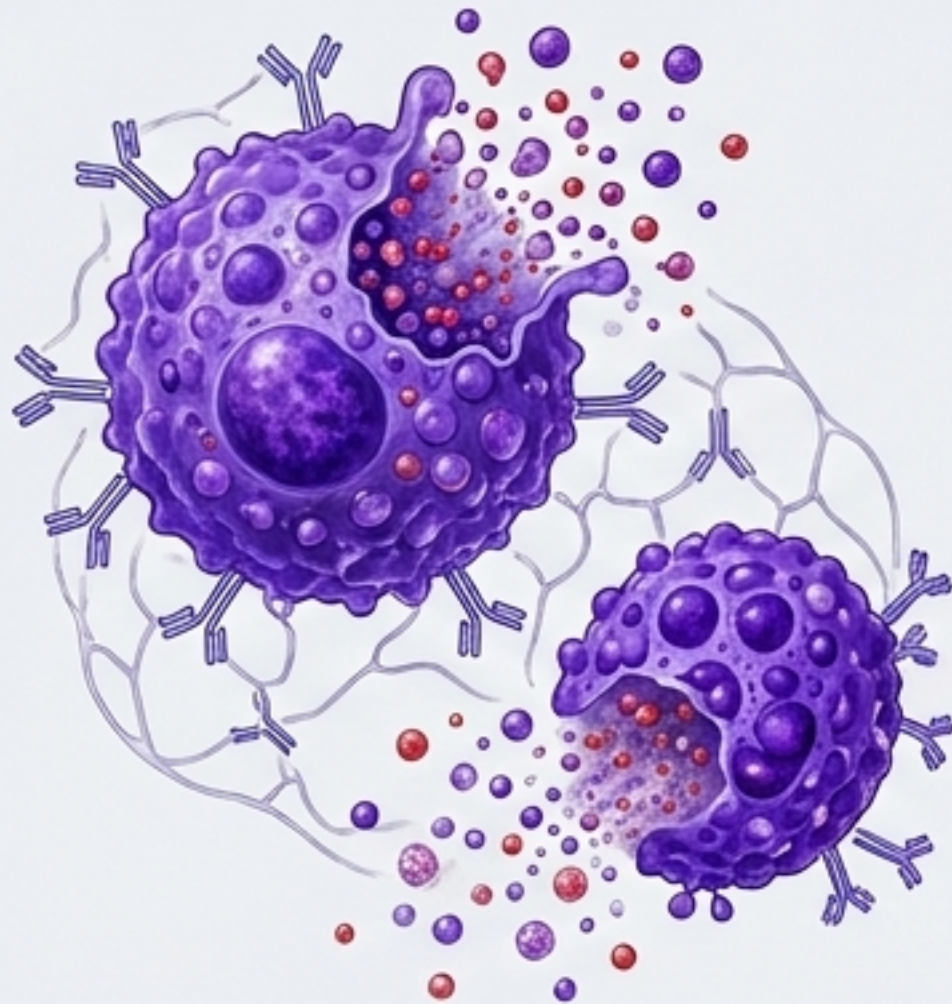
O FATO

Mortalidade associada ao colapso respiratório ou cardiovascular rápido e muitas vezes imprevisível.

MANDATO CLÍNICO: Reconhecimento imediato e intervenção sem hesitação. A epinefrina não pode esperar.

A FISIOPATOLOGIA DO COLAPSO: O MASTÓCITO HISTÉRICO

CÉLULAS SENTINELAS (A ORIGEM)



Mastócitos e Basófilos em hiper-reação após contato com alérgeno.

MEDIADORES LIBERADOS (O FIO CONDUTOR)

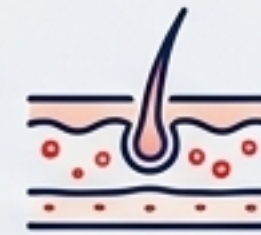
HISTAMINA:
O GRANDE MAESTRO
(Vasodilatação,
broncoconstrição).

TRIPTASE:
Ativação plaquetária
e fibrinólise.

**LEUCOTRIENOS &
PROSTAGLANDINAS:**
Pró-inflamatórios potentes.

INTERLEUCINAS:
Chamado sistêmico
de defesa.

EFEITO SISTÊMICO (O ALVO)



PELE:
Vasodilatação extrema
(Urticária, rubor).



RESPIRATÓRIO:
Edema e fechamento rápido
(Broncoespasmo, asfixia).

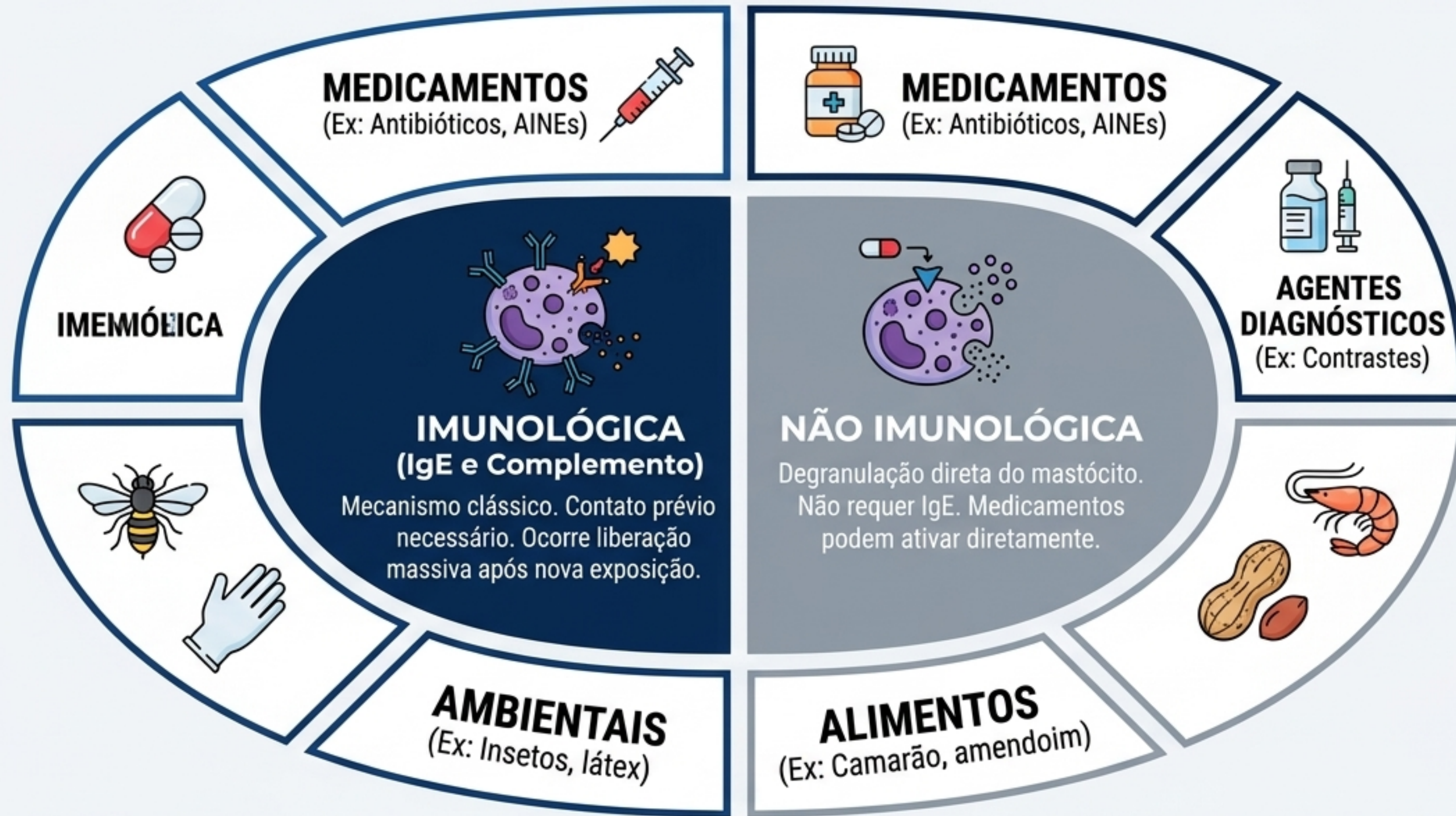


CARDIOVASCULAR:
Vasoplegia e depressão
miocárdica (Choque, PCR).



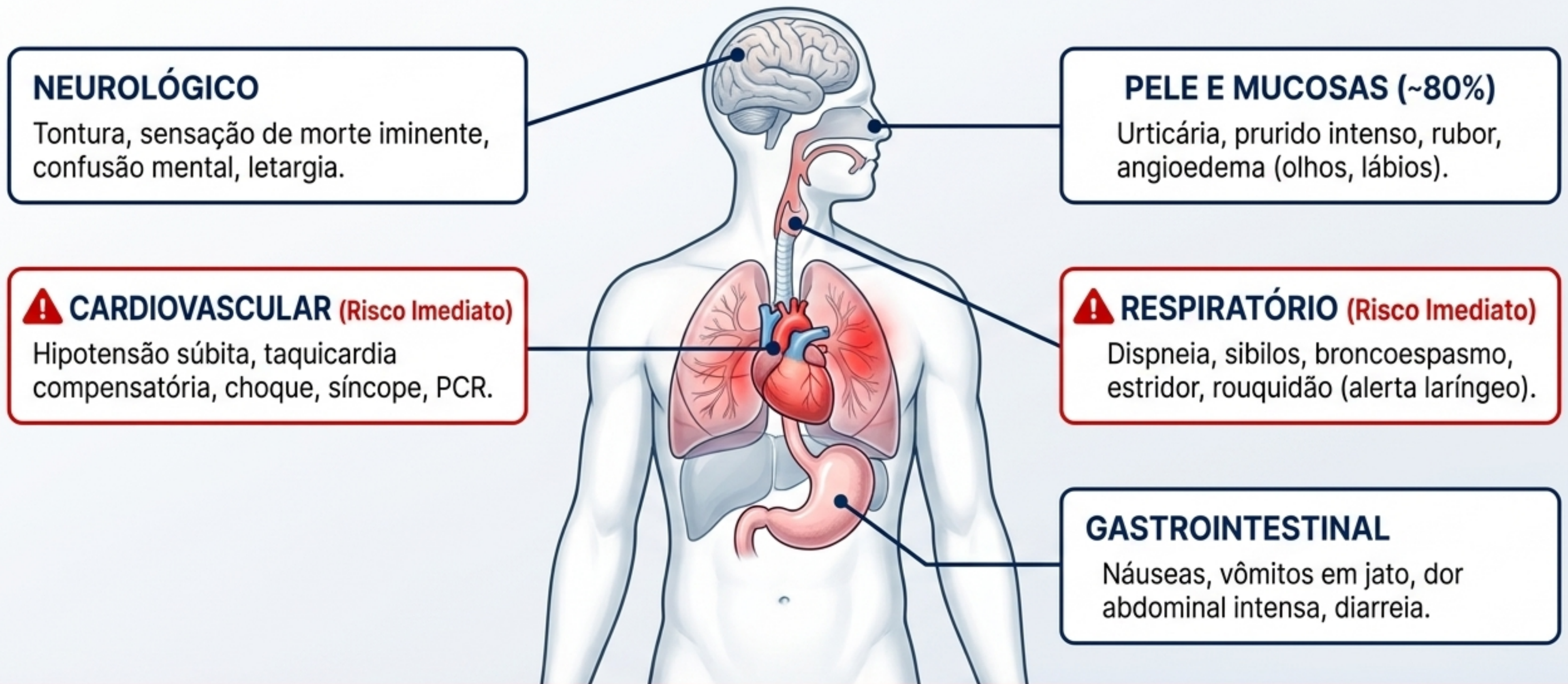
GASTROINTESTINAL:
Hipersecreção e espasmo
(Vômitos, cólica).

DOIS CAMINHOS, UM ÚNICO DESFECHO MORTAL



O MECANISMO EXATO NÃO ALTERA A URGÊNCIA DO TRATAMENTO.

RECONHECIMENTO TÁTICO: A ASSINATURA CLÍNICA



ATENÇÃO: A AUSÊNCIA DE SINTOMAS NA PELE NÃO DESCARTA A ANAFILAXIA.

O Algoritmo de Decisão: Critérios WAO 2020

CRITÉRIO 1 (Apresentação Clássica)

Comprometimento de
PELE ou **MUCOSA**

+ (E)

Respiratório (Dispneia/Broncoespasmo)
OU **Circulatório** (Hipotensão) **OU**
Gastrointestinal Grave

OU

CRITÉRIO 2 (Apresentação Súbita)

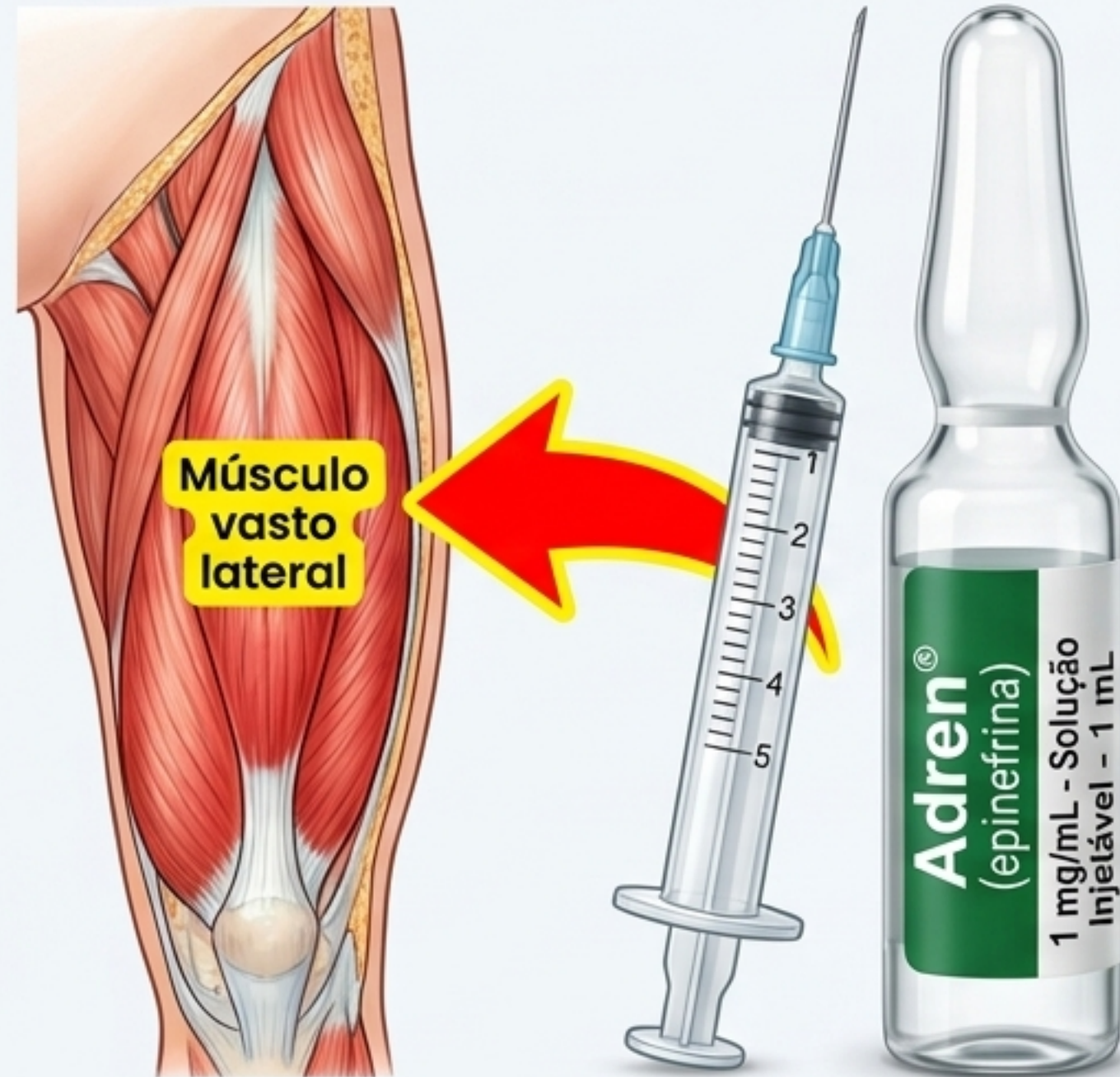
Exposição a provável
ALÉRGENO

+ (E)

Início súbito de:
Hipotensão **OU** **Broncoespasmo** **OU**
Comprometimento Laríngeo

**O DIAGNÓSTICO É EXCLUSIVAMENTE CLÍNICO.
NA DÚVIDA, TRATE IMEDIATAMENTE COMO ANAFILAXIA.**

PASSO 1: O Contra-Ataque Imediato (A Bala de Prata)



EPINEFRINA (Adrenalina)

DOSE: 0,5 mg (1/2 ampola)

VIA: Intramuscular (IM) - **NUNCA** subcutânea nesta fase.

LOCAL: Músculo vasto lateral da coxa.

FREQUÊNCIA: Repetir a cada 5 a 15 minutos se não houver resposta.

Mecanismo (Por que funciona):

Reverte instantaneamente a vasodilatação (alfa-1), induz broncodilatação (beta-2) e aumenta força cardíaca (beta-1). Estabiliza o mastócito.



MITO: Anti-histamínicos e corticoides **NÃO** salvam vidas na fase aguda. A **EPINEFRINA** É A PRIMEIRA E MAIS IMPORTANTE MEDICAÇÃO. Não há contraindicação absoluta.

PASSOS 2, 3 e 4: O Suporte Estruturado

Passo 2: Suporte e Monitorização



Oxigênio suplementar (máscara não reinalante 10-15 L/min).

Monitorização multiparamétrica: Oximetria, ECG contínuo (risco de arritmias), PA.

Acesso venoso periférico calibroso.

Passo 3: Posicionamento



Decúbito dorsal com elevação dos membros inferiores (MMII).

Objetivo: Aumentar o retorno venoso e prevenir o colapso cardiovascular agudo (vasoplegia).

Passo 4: Ressuscitação Volêmica



Se houver hipotensão persistente após Epinefrina: 

Soro Fisiológico 0,9% ou Ringer Lactato.

Dose: 1 a 2 Litros em bolus rápido.

VIA AÉREA: A Falha Iminente



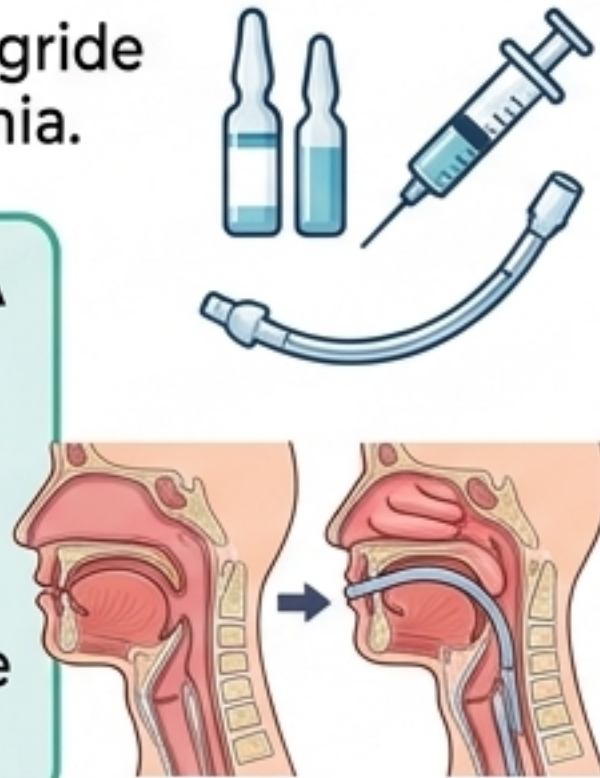
SINAIS DE VIA AÉREA AMEAÇADA: ESTRIDOR, ROUQUIDÃO INTENSA, EDEMA DE LÍNGUA/GLOTE, HIPÓXIA GRAVE, AGITAÇÃO.

PLANO A: INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL (IOT) PRECOCE

Ação: Não atrase. O edema progride rapidamente e destrói a anatomia.

FARMACOLOGIA (SEQUÊNCIA Rápida/Atrasada):

- **Cetamina** (broncodilatador, mantém drive) + **Succinilcolina/Rocurônio**.
- Evite **Fentanil/Midazolam** se houver hipotensão severa.

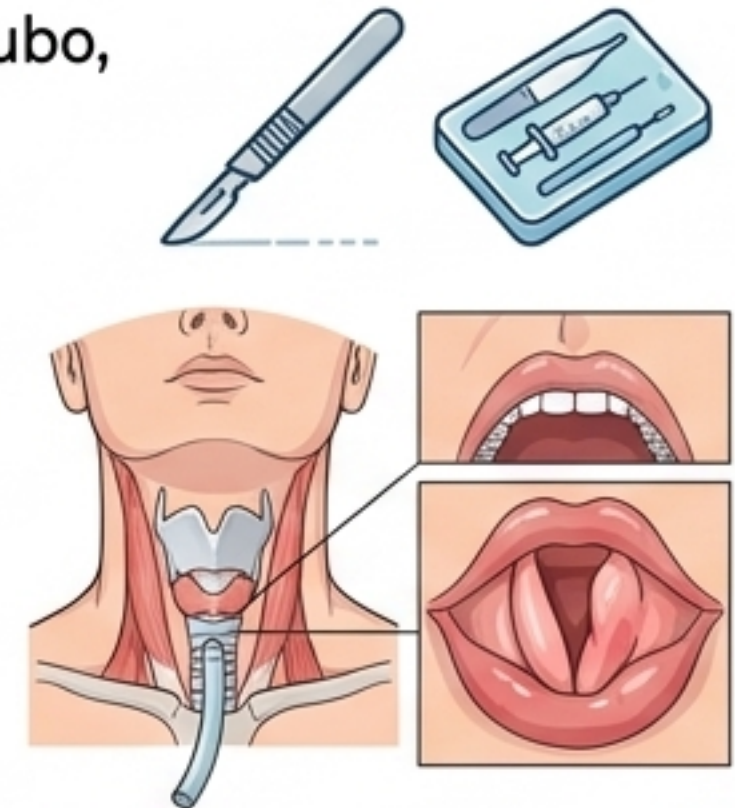


PLANO B: VIA AÉREA CIRÚRGICA (CRICOTIREOIDOSTOMIA)

Critério: Situação “Não intubo, intubo, não ventilo”.

Ação: Acesso rápido cervical.

Dispositivos extraglotticos (máscara laríngea) frequentemente falham devido ao edema supraglótico.



TRATAMENTOS ADJUVANTES: A Perfumaria Clínica

DROGA	EVIDÊNCIA / PAPEL	LIMITAÇÃO CRÍTICA
Anti-histamínicos (Ex: Difenidramina)	Controle estrito de prurido e urticária.	Papel limitado. NÃO reverterem hipotensão, NÃO aliviam broncoespasmo, NÃO previnem colapso. Causam letargia.
Corticoides (Ex: Hidrocortisona)	Redução de inflamação tardia em vias aéreas.	Ação lenta (horas). Evidências atuais mostram benefício incerto na fase aguda.
Salbutamol (Inalatório)	Apenas se houver broncoespasmo residual após epinefrina.	-
Glucagon	Pacientes refratários em uso de Betabloqueadores.	-
Azul de Metileno	Choque vasoplégico refratário a múltiplas doses de epinefrina e fluidos.	-

O PERIGO INVISÍVEL: A REAÇÃO BIFÁSICA



1

DEFINIÇÃO

Recidiva dos sintomas anafiláticos horas após a resolução inicial, sem nova exposição ao alérgeno. Frequência de até 5% dos casos (maioria em até 12h).

2



RED FLAGS (FATORES DE RISCO)

- Hipotensão grave na apresentação inicial.
- Gatilho não identificado.
- Atraso na administração da 1ª dose de epinefrina (> 60 minutos).

3

A REGRA DE OURO

CORTICOIDES E ANTI-HISTAMÍNICOS NÃO PREVINEM REAÇÃO BIFÁSICA. Apenas epinefrina precoce e observação atenta alteram o desfecho.



DISPOSIÇÃO: Observação e Internação

DISPOSITION DECISION MATRIX

INTERNAÇÃO / OBSERVAÇÃO PROLONGADA ($\geq 24h$)

Critérios de Alto Risco:

- ⚠ • **Hipotensão** na admissão (PA sistólica < 90).
- ⚠ • Necessidade de **múltiplas doses** (>1) de **Epinefrina**.
- ⚠ • Comprometimento grave de via aérea (exigiu intervenção avançada).
- ⚠ • Demora **> 60 min** para receber a primeira dose de epinefrina.
- ⚠ • Pacientes vulneráveis (usuários de betabloqueadores, IECA).

OBSERVAÇÃO BREVE (4h a 6h)

Critérios de Baixo Risco:

- ✓ • Rápida resolução com **apenas 1 dose de epinefrina**.
- ✓ • Sinais vitais **normais** e estáveis.
- ✓ • Ausência de fatores de risco para reação bifásica.



Conduta de Alta: Prescrever epinefrina autoinjetável (se disponível), fornecer plano de ação escrito e encaminhar ao **Imunologista/Alergista**.

SIMULAÇÃO REALÍSTICA: O Caso Karolayne

 **FC: 114 bpm (Taquicardia)**

 **SpO2: 95%**

 **PA: 80x60 mmHg (Choque / Hipotensão)**

 **FR: 26 irpm (Taquipneia)**

A Evolução

O Erro Inicial: Karolayne, 27 anos. Atendida há 6h por "alergia leve". Recebeu apenas corticoide e anti-histamínico. Recebeu alta.

O Retorno (O Colapso): Retorna letárgica, agitada.

Análise Tática: Reação bifásica clássica por falha no tratamento primário (falta de epinefrina precoce). A letargia indica hipoperfusão cerebral.

Resgate Imediato

1. **EPINEFRINA IM IMEDIATA** (1/2 AMPOLA). 
2. **ELEVAÇÃO DE MMII.** 
3. **SORO FISIOLÓGICO** (1000ml em bolus rápido). 
4. **PREPARO DE BOMBA DE INFUSÃO DE ADRENALINA SE REFRATÁRIA.**

ARQUIVOS DA SALA VERMELHA: Armadilhas Clínicas

CASO 2: A Anafilaxia Invisível

[CENÁRIO]

Paciente apresenta dispneia súbita e hipotensão severa minutos após infusão de contraste na TC.
Sem placas na pele, sem prurido.

⚠ [A ARMADILHA]

Descartar anafilaxia por falta de **sintomas cutâneos** (ausentes em até 20% dos casos).

✅ [CONDUTA OURO]

Critério WAO #2. Gatilho + Hipotensão = **EPINEFRINA** imediata. Não espere a pele reagir.

CASO 3: O Bloqueio Fatal

[CENÁRIO]

Homem, 65 anos, hipertenso grave (uso de Betabloqueador). Picada de abelha. Chocado. Recebe 3 doses de **Epinefrina** IM e continua hipotenso (PA 70x40).

⚠ [A ARMADILHA]

Continuar apenas com **fluidos** em um **miocárdio bloqueado** que não responde à epinefrina.

✅ [CONDUTA OURO]

GLUCAGON IV (1 a 5mg) para contornar o bloqueio beta e induzir inotropismo. Iniciar infusão **contínua de adrenalina** e considerar vasopressina.

ARQUIVOS DA SALA VERMELHA: DECISÕES CRÍTICAS

CASO 4: A JANELA PERDIDA

[CENÁRIO]

Paciente chega à UPA **90 min** após comer amendoim. Teve vômitos e síncope em casa. Agora está estável (PA 110x70) apenas com soro.

[A ARMADILHA]

Dar alta em 4 horas achando que “o pior já passou” porque o paciente estabilizou sozinho.

[CONDUTA OURO]

Atraso da epinefrina > **60 min** é fator de risco máximo para Reação Bifásica. Internação e observação rigorosa mínima de 24 horas.

CASO 5: O SILÊNCIO RESPIRATÓRIO

[CENÁRIO]

Paciente com agitação extrema, arrancando a máscara de O₂, estridor audível, edema massivo de língua.

[A ARMADILHA]

Tentar sedação leve (Fentanil/Midazolam) que causará apneia e perda irreversível de uma via aérea difícil.

[CONDUTA OURO]

Sequência Atrasada de Intubação. Cetamina (mantém drive + broncodilatação) seguido de paralisia rápida (Succinilcolina). Preparo para Crico cirúrgica na cabeceira.

O CHECKLIST DEFINITIVO: RECONHEÇA, TRATE, ENCAMINHE



1. RECONHECER (DIAGNÓSTICO)



- **CLÍNICA SÚBITA** (PELE/MUCOSA + RESPIRATÓRIO/GASTRO/HIPOTENSÃO).
- “NA DÚVIDA, TRATE COMO ANAFILAXIA.”



2. TRATAR (AÇÃO IMEDIATA)

→ • **EPINEFRINA IM: 0,5 MG** NO VASTO LATERAL DA COXA (**OURO**).



→ • **SUORTE:** DECÚBITO DORSAL, ELEVÇÃO DE MMII, O2 15L/MIN.



→ • **VOLUME:** SF 0,9% OU RINGER LACTATO SE HIPOTENSÃO.



• **AVISO:** CORTICOIDE E ANTI-HISTAMÍNICO NÃO SÃO TRATAMENTO DE RESGATE.



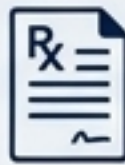
3. ENCAMINHAR (SEGURANÇA)



• **MONITORIZAÇÃO RIGOROSA.**



• **OBSERVAÇÃO DE 24H** PARA CASOS COM HIPOTENSÃO OU EPINEFRINA TARDIA (RISCO BIFÁSICO).



• **PRESCRIÇÃO PÓS-ALTA ADEQUADA E ALERGISTA.**



A ATUAÇÃO RÁPIDA, SEM HESITAÇÃO, É O QUE SEPARA O COLAPSO DA RECUPERAÇÃO. SALVE VIDAS