

PROTOCOLO MUNICIPAL

ANAFILAXIA NA SALA VERMELHA

PROTOCOLO MUNICIPAL DE MANEJO DA ANAFILAXIA
APS • ESF/UBS • PRONTO-SOCORRO MUNICIPAL • REGULAÇÃO CROSS



RECONHECER
SINAIS E SINTOMAS



TRATAR
ADRENALINA IM
SEM ATRASO



ESTABILIZAR
VIA AÉREA, RESPIRAÇÃO
E CIRCULAÇÃO



TRANSFERIR
COM SEGURANÇA
E CONTINUIDADE



**ADRENALINA IM É A PRIMEIRA LINHA
NÃO ATRASE, SALVA VIDAS!**



EQUIPE
PREPARADA



DECISÃO
RÁPIDA



TRATAMENTO
CORRETO



SEGURANÇA
DO PACIENTE



CONTINUIDADE
DO CUIDADO

MODELO ITARIRI-SP | VERSÃO 1.0 - 2026



Itariri - São Paulo



saude@itariri.sp.gov.br

PROTOCOLO MUNICIPAL DE MANEJO DA ANAFILAXIA NA SALA VERMELHA

Modelo Itariri-SP | APS + Pronto-Socorro Municipal + Regulação CROSS



VERSÃO 1.0 - DOCUMENTO PARA VALIDAÇÃO INSTITUCIONAL

PRINCÍPIO CENTRAL

A anafilaxia é uma emergência tempo-dependente. A adrenalina intramuscular é o tratamento de primeira linha e não deve ser atrasada por acesso venoso, exames, anti-histamínicos ou corticoides.

Itariri - São Paulo
2026

IDENTIFICAÇÃO, APROVAÇÃO E CONTROLE DE VERSÕES

Campo	Informação
Documento	Protocolo Municipal de Manejo da Anafilaxia na Sala Vermelha
Instituição	Prefeitura Municipal de Itariri - Departamento Municipal de Saúde
Abrangência	APS, ESF/UBS, Pronto-Socorro Municipal, transporte sanitário e regulação CROSS
Versão	1.0 - 2026
Situação	Minuta técnica para revisão, validação farmacêutica, aprovação clínica e publicação institucional
Revisão prevista	Anual ou antes, se houver atualização relevante de diretrizes
Responsável técnico	A definir pela gestão municipal
Aprovadores	Direção de Saúde, Direção Clínica, Coordenação de Enfermagem, Farmácia e Núcleo de Segurança do Paciente

Aviso de governança clínica

Este documento organiza a assistência, mas não substitui julgamento clínico, treinamento prático, conferência de disponibilidade local nem validação pela Comissão de Farmácia e Terapêutica. Diluições de drogas vasoativas, doses pediátricas e materiais de via aérea devem ser harmonizados com a padronização municipal antes da implantação.

ATENÇÃO ÀS IMAGENS

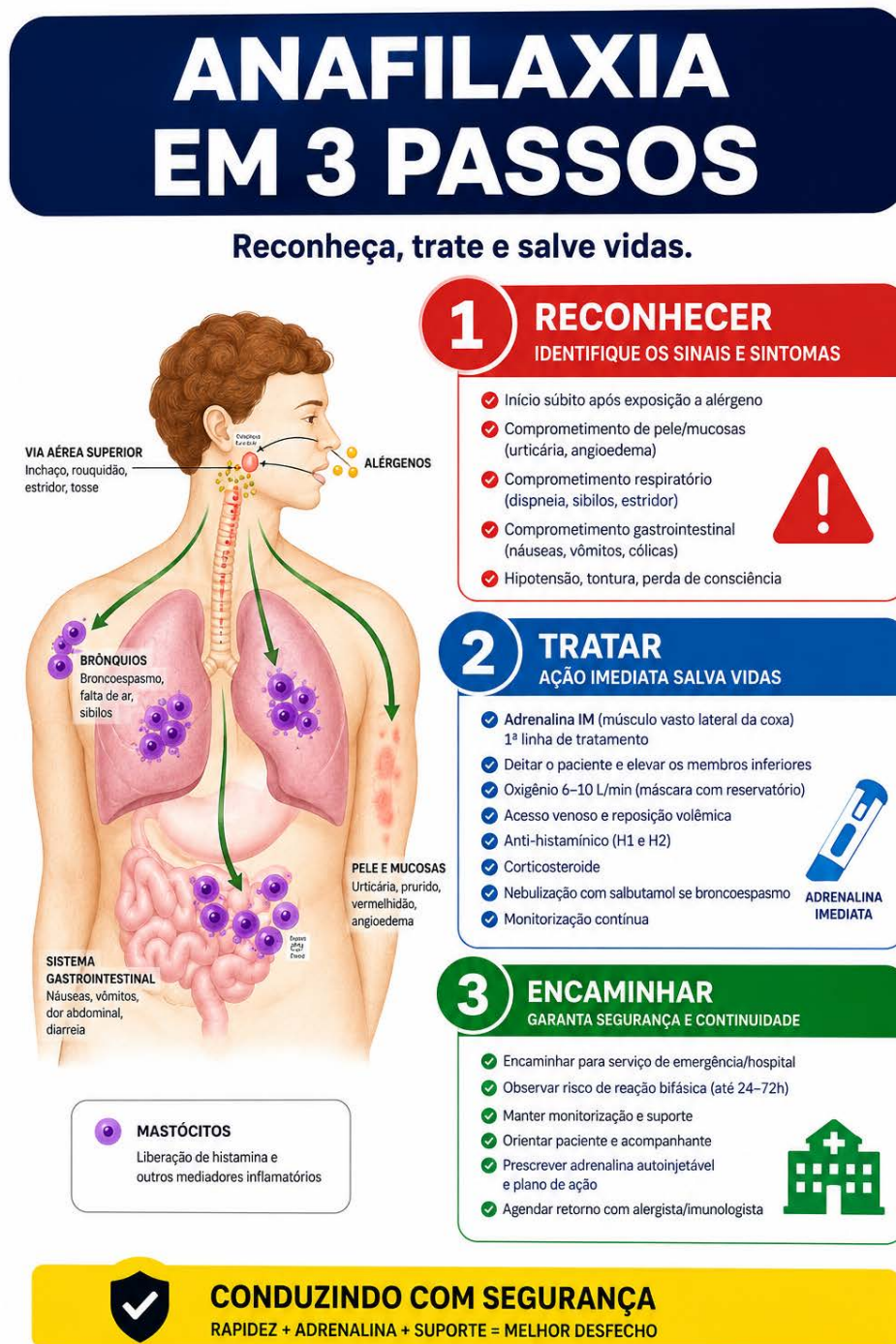
Os infográficos fornecidos foram incorporados como material educacional. Alguns contêm simplificações ou doses que exigem conferência. Sempre prevalecem o texto normativo, as tabelas validadas e a prescrição médica individualizada.

SUMÁRIO EXECUTIVO

A anafilaxia é uma reação sistêmica aguda, potencialmente fatal, que pode evoluir com obstrução de via aérea, broncoespasmo, choque e parada cardiorrespiratória. O diagnóstico é clínico. A prioridade é reconhecer rapidamente, **administrar adrenalina IM na face anterolateral da coxa, posicionar o paciente adequadamente, ofertar oxigênio quando indicado, monitorizar, obter acesso venoso sem atrasar a adrenalina, repor cristaloides quando houver comprometimento circulatório e antecipar a via aérea difícil.**

- **Adrenalina IM:** primeira linha; adulto 0,5 mg (0,5 mL da solução 1 mg/mL); criança 0,01 mg/kg, máximo conforme faixa etária/peso e protocolo institucional.
- **Repetição:** a cada 5 minutos se persistirem problemas de via aérea, respiração ou circulação.
- **Refratariedade:** persistência de comprometimento respiratório ou circulatório após duas doses adequadas de adrenalina IM e medidas iniciais exige ajuda especializada e planejamento de infusão IV titulada.
- **Adjuvantes:** não substituem adrenalina. Salbutamol apenas se broncoespasmo; anti-histamínico para sintomas cutâneos após estabilização; corticoide não é rotina para prevenir reação bifásica.
- **Transferência:** a estabilização deve começar imediatamente e não deve aguardar vaga CROSS. Acionar regulação precocemente nos casos graves ou de alto risco.

Figura 1. Visão geral educacional: reconhecer, tratar e garantir continuidade.



1. INTRODUÇÃO

A anafilaxia é uma reação de hipersensibilidade sistêmica grave, geralmente de início rápido, capaz de causar morte. Pode ocorrer após exposição a alimentos, medicamentos, venenos de insetos, látex, agentes

perioperatórios ou outros desencadeantes. A ausência de urticária não exclui o diagnóstico, especialmente quando há broncoespasmo, envolvimento laríngeo ou hipotensão após exposição provável a alérgeno.

1.1 Objetivos do protocolo

- Padronizar reconhecimento, tratamento e transferência.
- Reduzir atraso na adrenalina IM.
- Definir responsabilidades da equipe multiprofissional.
- Padronizar doses, diluições e critérios de observação.
- Adaptar o cuidado à distância de 80-100 km dos hospitais de referência e ao transporte de 90-120 minutos.

1.2 Principais erros assistenciais

- Confundir anafilaxia com “alergia forte”.
- Aguardar progressão ou confirmação laboratorial.
- Priorizar corticoide e anti-histamínico antes da adrenalina.
- Administrar adrenalina por via subcutânea ou em local inadequado.
- Permitir que o paciente fique em pé ou caminhe durante a fase aguda.
- Atrasar intubação em edema progressivo de via aérea.
- Transferir sem estabilização, monitorização, acesso, medicação e plano de contingência.

2. FISIOPATOLOGIA

A ativação de mastócitos e basófilos provoca liberação de histamina, triptase, leucotrienos, prostaglandinas, fator ativador de plaquetas e citocinas. Os efeitos combinados incluem aumento da permeabilidade vascular, vasodilatação, redução do retorno venoso, edema de mucosas, broncoconstrição e possível depressão miocárdica. O resultado clínico pode variar de sintomas cutâneos a choque distributivo e obstrução crítica da via aérea.

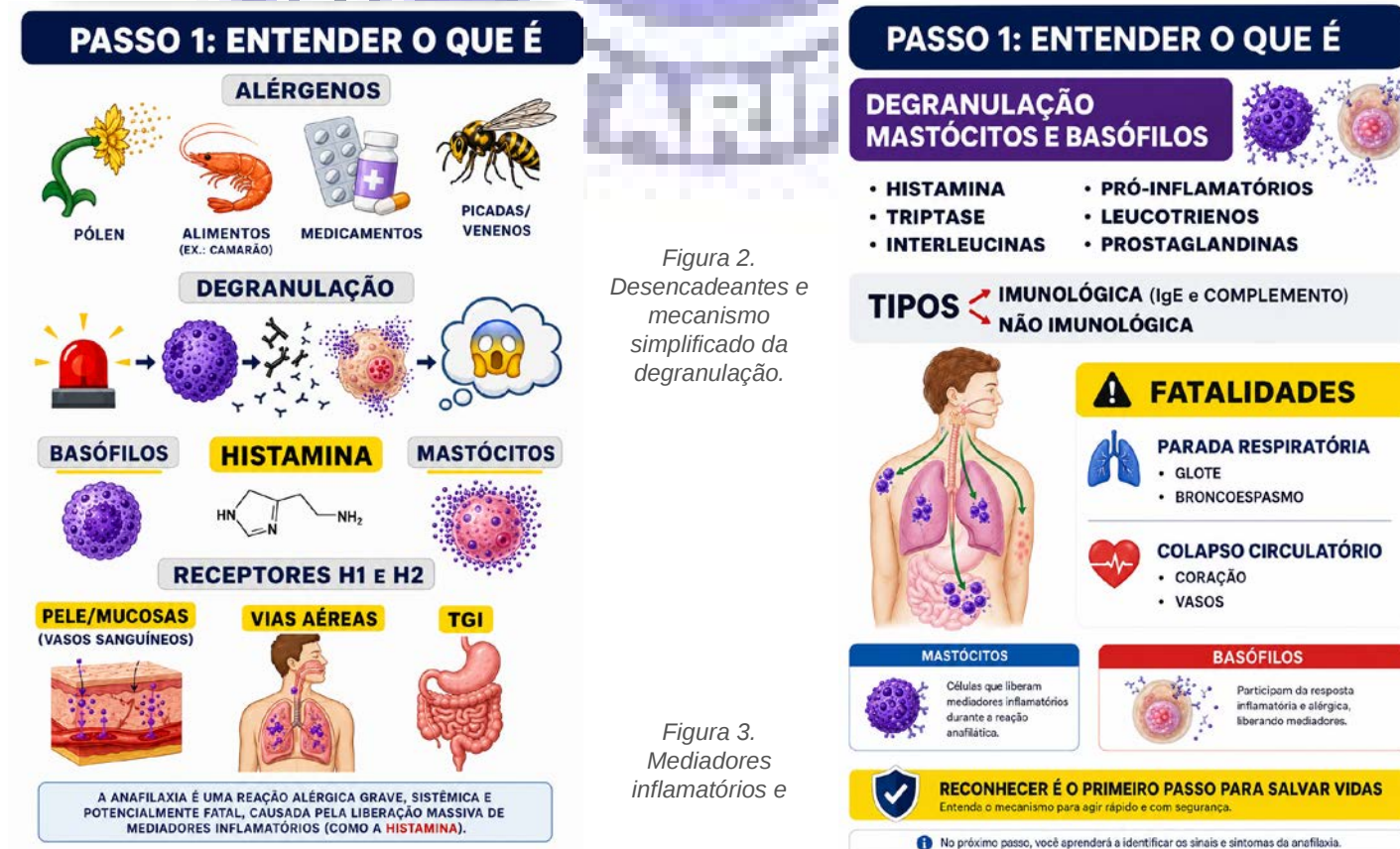


Figura 2.
Desencadeantes e mecanismo simplificado da degranulação.

Figura 3.
Mediadores inflamatórios e

3. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

O diagnóstico deve ser feito à beira-leito. Exames laboratoriais não devem atrasar o tratamento. A dosagem de triptase pode ser útil posteriormente em casos selecionados, especialmente perioperatórios ou de diagnóstico duvidoso, mas resultado normal não exclui anafilaxia.

3.1 Critérios WAO 2020

Critério	Descrição operacional
1	Início agudo com comprometimento de pele e/ou mucosa, associado a comprometimento respiratório; ou redução da pressão arterial/disfunção de órgão-alvo; ou sintomas gastrointestinais graves, especialmente após exposição a alérgeno não ingerido.
2	Início agudo de hipotensão, broncoespasmo ou envolvimento laríngeo após exposição a alérgeno conhecido ou altamente provável, mesmo sem manifestações cutâneas.

⚠️ REGRA OPERACIONAL

Na presença de suspeita clínica razoável e comprometimento de via aérea, respiração ou circulação, **não espere confirmação: trate como anafilaxia.**



Figura 5. Critérios diagnósticos e risco de reação bifásica.

4. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

Sistema	Achados
Pele/mucosas	Urticária, eritema, prurido, angioedema, edema labial ou lingual.
Respiratório	Dispneia, sibilos, broncoespasmo, estridor, rouquidão, tosse persistente, hipoxemia.
Cardiovascular	Hipotensão, taquicardia, bradicardia pré-terminal, síncope/colapso, choque, PCR.
Gastrointestinal	Dor abdominal intensa, cólicas, vômitos repetidos, diarreia.
Neurológico	Ansiedade, sensação de morte iminente, confusão, agitação, sonolência, perda de consciência.

4.1 Diferenciais importantes

- Reação vasovagal.
- Crise de asma isolada.
- Angioedema por bradicinina.
- Obstrução por corpo estranho.
- Disfunção de pregas vocais.
- Seps, choque hemorrágico ou cardiogênico.
- Síndrome coronariana aguda/Kounis.
- Crise de pânico.

5. RECONHECIMENTO DE GRAVIDADE

Categoria	Achados	Conduta mínima
● Reação alérgica localizada	Apenas pele/mucosa, sem sintomas sistêmicos e sem comprometimento ABC.	Avaliar evolução, remover gatilho, tratamento sintomático; observar conforme risco.
● Anafilaxia sem instabilidade	Critério diagnóstico preenchido, porém sem choque ou ameaça imediata de via aérea.	Adrenalina IM imediata + monitorização + reavaliação contínua.
● Anafilaxia grave	Hipotensão, hipoxemia, broncoespasmo importante, estridor, edema progressivo, alteração do sensorio.	Sala Vermelha; adrenalina IM; O ₂ ; 2 acessos; volume; equipe de via aérea; CROSS precoce.
● Risco iminente/PCR	Obstrução crítica, exaustão, choque refratário, deterioração rápida ou PCR.	Ressuscitação avançada, via aérea definitiva, infusão de adrenalina, transferência/UTI.

6. FLUXO OPERACIONAL DA SALA VERMELHA

1. Interromper a exposição ao possível desencadeante, quando viável, sem atrasar o tratamento.
2. Acionar equipe da Sala Vermelha e distribuir funções.
3. Avaliar ABCDE e reconhecer anafilaxia clinicamente.
4. Administrar adrenalina IM imediatamente.

5. Posicionar o paciente conforme apresentação; nunca permitir que fique em pé abruptamente.
6. Instalar monitor cardíaco, oximetria e pressão não invasiva seriada.
7. Ofertar oxigênio de alto fluxo quando houver hipoxemia, desconforto respiratório, choque ou reação grave.
8. Obter acesso venoso calibroso; considerar dois acessos nos casos graves.
9. Administrar cristalóide rapidamente se hipotensão/choque.
10. Reavaliar a cada 2-5 minutos; repetir adrenalina IM a cada 5 minutos se necessário.
11. Antecipar via aérea difícil; preparar plano A/B/C.
12. Acionar CROSS e transporte avançado precocemente nos casos graves, refratários ou com necessidade de UTI.

PASSO 3: TRATAMENTO

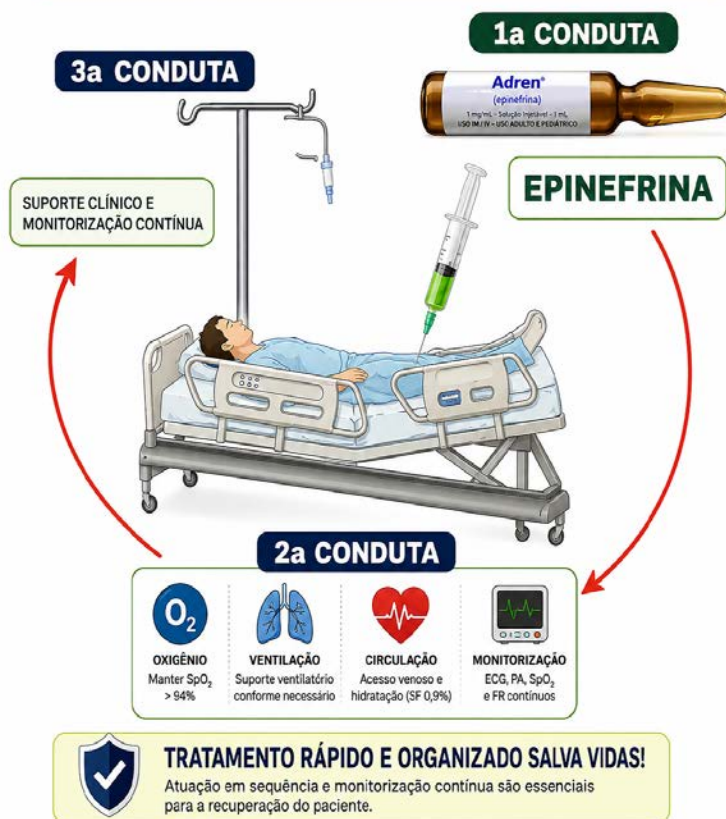


Figura 6. Sequência visual do atendimento inicial.

PASSO 3: TRATAMENTO



Figura 7. Epinefrina, posicionamento e cristalóides

7. ADRENALINA (EPINEFRINA)

CONDUTA QUE SALVA VIDAS

Adrenalina IM na face anterolateral da coxa é a primeira intervenção farmacológica. Não há contraindicação absoluta quando a anafilaxia está presente.

7.1 Adultos e adolescentes

Apresentação	Dose	Via/local	Repetição
Adrenalina 1 mg/mL	0,5 mg = 0,5 mL	IM, terço médio da face anterolateral da coxa	A cada 5 min se persistirem problemas ABC

7.2 Crianças

Peso/faixa	Dose IM de adrenalina 1 mg/mL	Volume
<10 kg	0,01 mg/kg	0,01 mL/kg
10-15 kg	0,1-0,15 mg	0,1-0,15 mL
15-30 kg	0,15-0,3 mg	0,15-0,3 mL
>30 kg	0,3-0,5 mg	0,3-0,5 mL

A dose pediátrica deve ser calculada por peso sempre que possível. As faixas acima são apoio operacional e devem ser harmonizadas com o protocolo pediátrico municipal.

7.3 Anafilaxia refratária e infusão IV

Considerar anafilaxia refratária quando persistirem alterações de via aérea, respiração ou circulação após duas doses apropriadas de adrenalina IM, associadas a posicionamento, oxigenação e reposição volêmica adequada. Solicitar apoio especializado e iniciar infusão IV titulada por bomba, em acesso exclusivo, com monitorização contínua e dupla checagem.

Exemplo de preparo institucional*	Concentração	Faixa inicial sugerida
1 mg de adrenalina em 100 mL de SF 0,9% ou SG 5%	10 microgramas/mL	0,05-0,1 micrograma/kg/min, titulando à resposta e ao protocolo local

*Exemplo para padronização pela Comissão de Farmácia e Terapêutica. Evitar bolus IV de adrenalina fora de PCR ou de situações excepcionais conduzidas por profissional experiente.

⚠ REVISÃO DE SEGURANÇA

A imagem fornecida usa “após 3 doses” e uma faixa fixa de 2-10 microgramas/min. Neste protocolo, refratariedade pode ser reconhecida após duas doses adequadas; a infusão é titulada preferencialmente por peso e resposta clínica.

8. POSICIONAMENTO E REPOSIÇÃO VOLÊMICA

Situação	Posicionamento
Hipotensão/choque	Decúbito dorsal com membros inferiores elevados, se tolerado.
Dispneia predominante	Posição semissentada, evitando levantar ou caminhar.
Gestante	Decúbito lateral esquerdo.
Inconsciente respirando	Posição lateral de segurança.
PCR	Decúbito dorsal e protocolo de ressuscitação.

8.1 Cristaloídes

- **Adulto:** bolus de 500-1.000 mL de SF 0,9% ou Ringer Lactato, com reavaliação; podem ser necessários volumes maiores.
- **Criança:** 10-20 mL/kg, reavaliando perfusão, crepitações, hepatomegalia e resposta hemodinâmica.
- **Metas:** melhora do sensório, perfusão periférica, pressão arterial, frequência cardíaca, diurese e lactato quando disponível.

9. VIA AÉREA E VENTILAÇÃO

VIA AÉREA AMEAÇADA

Rouquidão progressiva, estridor, edema de língua/orofaringe, dificuldade para falar ou deglutir, hipoxemia, exaustão e alteração do sensório exigem avaliação imediata por profissional experiente.

- Preparar intubação precoce antes de edema crítico.
- Chamar o profissional mais experiente disponível.
- Pré-oxigenar e manter ventilação espontânea quando possível até o plano estar pronto.
- Disponibilizar aspirador, cânulas, bolsa-válvula-máscara, videolaringoscópio se houver, introdutor, dispositivos supraglóticos e kit de acesso frontal de emergência.
- Planejar falha: Plano A (IOT), Plano B (oxigenação supraglótica), Plano C (ventilação máscara), Plano D (acesso frontal de emergência).
- Evitar esquemas fixos de sedação sem cálculo por peso e avaliação hemodinâmica.

REVISÃO DE SEGURANÇA

A fotografia de via aérea cirúrgica é ilustrativa. A técnica deve ser realizada por profissional treinado e conforme protocolo institucional de acesso frontal de emergência.

PASSO 3: TRATAMENTO



Figura 8. Via aérea ameaçada: intubação e plano de resgate.

9.1 Checklist de via aérea difícil

- Equipe e papéis definidos.
- Monitor, capnografia e pressão não invasiva.
- Pré-oxigenação máxima tolerada.
- Drogas calculadas por peso e ajustadas à instabilidade.
- Plano de manutenção da pressão arterial durante indução.
- Material de primeira e segunda tentativa disponível.
- Kit de cricotireoidostomia aberto e profissional designado.
- Confirmação do tubo por capnografia.
- Sedação e analgesia pós-intubação.

10. TRATAMENTOS ADJUVANTES

Intervenção	Quando considerar	Limitações
Salbutamol inalatório	Broncoespasmo/sibilância persistente após adrenalina.	Não trata edema laríngeo nem choque.
Anti-histamínico H1	Prurido/urticária persistentes após estabilização.	Pode sedar; não trata ABC; não previne reação bifásica.
Corticoide	Situações selecionadas, como asma associada ou reação prolongada, após medidas prioritárias.	Início tardio; não substitui adrenalina; não é rotina para prevenir bifásica.
Glucagon	Choque refratário em paciente usando betabloqueador.	Náuseas/vômitos; requer monitorização e protocolo local.
Vasopressina	Choque vasoplégico refratário em ambiente avançado.	Evidência limitada; uso excepcional.
Azul de metileno	Vasoplegia refratária excepcional, após discussão especializada.	Evidência limitada; contraindicações e interações relevantes.

⚠️ REVISÃO DE SEGURANÇA

Doses e indicações do infográfico não devem ser utilizadas isoladamente. Azul de metileno e vasopressina são terapias excepcionais; **corticoide e anti-histamínico não fazem parte da ressuscitação inicial.**

PASSO 3: TRATAMENTO

TRATAMENTO ADJUVANTE

ANTI-HISTAMÍNICOS

ÚTEIS NO TRATAMENTO DE PRURIDO, URTICÁRIA E ANGIOEDEMA



DIFENIDRAMINA
50mg IM ou EV EM 5 min



HIDROCORTISONA
250mg + SF0,9%
100ml EV EM 10 min

SALBUTAMOL
SOMENTE SE BRONCOESPASMO
2 a 4 PUFFS 20/20'

AZUL DE METILENO
1 a 2mg/KG EV 20'

GLUCAGON
SE USO DE BB
1 a 5mg EV 5'

IMPORTANTE:
O tratamento adjuvante auxilia no controle dos sintomas de prurido, urticária, angioedema e broncoespasmo. Monitorar continuamente e reavaliar resposta clínica.

TRATAMENTO RÁPIDO E ORGANIZADO SALVA VIDAS!
Siga a sequência, monitore continuamente e reavalie o paciente.
A ATUAÇÃO RÁPIDA FAZ A DIFERENÇA!

Figura 9. Adjuvantes - material educacional

PASSO 3: TRATAMENTO

JACI The Journal of Allergy and Clinical Immunology

REVIEWS AND FEATURE ARTICLES Volume 145, Issue 4, e-Public, e131, April 2020

Anaphylaxis—a 2020 practice parameter update, systematic review, and Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE) analysis

Marcus S. Shaker, MD, MS, FAACAP^{1,2} Doreen V. Wallace, MD^{3,4} David B.K. Golden, MD^{5,6} ... Marcus S. Shaker • David R. Stukus • Julie Wong

“Anti-histamínicos e/ou glicocorticoides não são intervenções confiáveis para prevenir a anafilaxia bifásica.”

INTERNAÇÃO/OBSERVAÇÃO = 24h

HIPOTENSÃO NA ADMISSÃO

> 1 DOSE DE EPINEFRINA

> 60 min PARA A 1ª DOSE EPINEFRINA

DEMAIS PACIENTES =

OBSERVAÇÃO POR 4h E ORIENTAÇÃO

Anti-histamínicos e glicocorticoides não atuam na fisiopatologia da anafilaxia nem previnem reações tardias (bifásicas). O acompanhamento adequado e a epinefrina precoce são as principais medidas para reduzir os riscos ao paciente.

TRATAMENTO RÁPIDO E ORGANIZADO SALVA VIDAS!
Siga a sequência, monitore continuamente e reavalie o paciente.
A ATUAÇÃO RÁPIDA FAZ A DIFERENÇA!

Figura 10. Evidência sobre adjuvantes e observação

11. REAÇÃO BIFÁSICA E OBSERVAÇÃO

Reação bifásica é a recorrência de sintomas após resolução do episódio inicial, sem nova exposição reconhecida. O risco aumenta com reação inicial grave, hipotensão, múltiplas doses de adrenalina, atraso da primeira dose, gatilho desconhecido e necessidade de infusão de adrenalina.

Perfil	Tempo/conduta sugerida
Baixo risco e resolução rápida	Observação mínima de 4-6 h após resolução completa, com orientação e acesso fácil ao retorno.
Risco intermediário	Observação prolongada (6-12 h ou mais), conforme gravidade, comorbidades, distância e suporte domiciliar.
Alto risco	Internação por pelo menos 24 h; considerar UTI se choque, via aérea, infusão vasoativa ou recorrência.

⚠ REVISÃO DE SEGURANÇA

O tempo de observação não é fixo para todos; deve ser individualizado. A figura foi mantida como material didático, não como regra absoluta.

12. INTERNAÇÃO, ALTA E TRANSFERÊNCIA VIA CROSS

12.1 Indicações de transferência/UTI

- Choque ou hipotensão persistente.
- Necessidade de mais de uma dose de adrenalina com instabilidade.
- Infusão IV de adrenalina ou outro vasopressor.
- Comprometimento laríngeo, intubação ou risco de via aérea difícil.
- Hipoxemia persistente ou broncoespasmo grave.
- Reação bifásica grave.
- Comorbidade cardiopulmonar relevante, gestação ou fragilidade.
- Incerteza diagnóstica com risco cardiovascular/respiratório.

12.2 Acionamento CROSS

- Abrir solicitação tão logo se reconheça gravidade ou potencial necessidade de UTI.
- Informar horário do início dos sintomas, gatilho, critérios diagnósticos e evolução.
- Registrar horários e doses de adrenalina, volume, via aérea e drogas vasoativas.
- Descrever estado atual, suporte em curso e recursos necessários durante transporte.
- Não interromper estabilização enquanto aguarda vaga.
- Enviar equipe e ambulância compatíveis com risco, com adrenalina preparada, bomba, oxigênio, monitor e material de via aérea.

12.3 Critérios de alta

- Resolução completa e sustentada.
- Sinais vitais estáveis.
- Sem progressão de via aérea ou broncoespasmo.
- Plano de ação escrito.
- Orientação sobre gatilho e sinais de recorrência.
- Encaminhamento para alergologia/imunologia quando disponível.
- Prescrição de autoinjeter quando disponível e indicado; orientar limitações de acesso no Brasil.
- Acompanhante responsável e acesso a retorno rápido.

  5 CASOS CLÍNICOS DE ANAFILAXIA SALA VERMELHA RECONHECER RÁPIDO • TRATAR IMEDIATO • SALVAR VIDAS  NA DÚVIDA, TRATE COMO ANAFILAXIA!				
CASO 1 ALIMENTO (CAMARÃO) 	HISTÓRIA Feminino, 32 anos, após ingestão de camarão, há 10 minutos, iniciou prurido generalizado, urticária e falta de ar.	EXAME FÍSICO • Urticária difusa, angioedema de lábios • Dispneia, sibilos auditivos • PA: 80x50 mmHg • FC: 128 bpm FR: 28 irpm SpO₂: 90% (AR) 	MANEJO NA SALA VERMELHA ✓ Adrenalina 0,5 mg IM (coxa) – IMEDIATA ✓ Repetida após 5 min (2ª dose) ✓ O₂ 15 L/min (máscara não reinalante) ✓ Acesso venoso + SF 0,9% 1.000 ml EV ✓ Hidrocortisona 250 mg EV ✓ Difenhidramina 50 mg EV ✓ Salbutamol 4 jatos (inalatório) ✓ Monitorização contínua	EVOLUÇÃO Após 10 minutos da 2ª dose de adrenalina, melhora da dispneia e da PA (110x70 mmHg). Mantida observação por 24 horas. DESFECHO ALTA MELHORADA em 24h. Orientada sobre alérgeno e prescrição de autoinjutor de adrenalina. 
CASO 2 MEDICAMENTO (ANTIBIÓTICO) 	HISTÓRIA Masculino, 45 anos, recebeu ceftriaxona EV há 5 minutos e imediatamente apresentou vermelhidão, mal-estar e tontura.	EXAME FÍSICO • Eritema facial e tronco • Tontura, náuseas • PA: 70x40 mmHg • FC: 118 bpm FR: 22 irpm SpO₂: 94% (AR) 	MANEJO NA SALA VERMELHA ✓ Adrenalina 0,5 mg IM (coxa) – IMEDIATA ✓ Repetida após 5 min (2ª dose) ✓ O₂ 15 L/min (máscara não reinalante) ✓ SF 0,9% 1.000 ml EV ✓ Hidrocortisona 250 mg EV ✓ Difenhidramina 50 mg EV ✓ Salbutamol 4 jatos (inalatório) ✓ Monitorização contínua	EVOLUÇÃO Após 2 doses de adrenalina e volume, PA estabilizada (100x60 mmHg). Observei 24h. DESFECHO ALTA MELHORADA. Registrar alergia a ceftriaxona em prontuário e orientar paciente. 
CASO 3 PICADA DE HIMENÓPTERO (ABELHA) 	HISTÓRIA Masculino, 24 anos, picado por abelha na perna, há 15 minutos. Evoluiu com inchaço facial e falta de ar.	EXAME FÍSICO • Angioedema facial importante • Estridor leve • PA: 90x60 mmHg • FC: 132 bpm FR: 30 irpm SpO₂: 88% (AR) 	MANEJO NA SALA VERMELHA ✓ Adrenalina 0,5 mg IM (coxa) – IMEDIATA ✓ Repetida após 5 min (2ª dose) ✓ O₂ 15 L/min ✓ SF 0,9% 1.000 ml EV ✓ Hidrocortisona 250 mg EV ✓ Salbutamol 4 jatos (inalatório) ✓ Monitorização contínua	EVOLUÇÃO Após 15 minutos, melhora da saturação (98%) e redução do edema facial. Mantido em observação por 24h. DESFECHO ALTA MELHORADA. Prescrito autoinjutor e encaminhamento para avaliação alergológica. 
CASO 4 LÁTEX (PROCEDIMENTO) 	HISTÓRIA Feminina, 38 anos, durante procedimento ginecológico com luvas de látex, iniciou prurido, falta de ar e queda de PA.	EXAME FÍSICO • Urticária generalizada • Broncoespasmo intenso • PA: 60x40 mmHg • FC: 140 bpm FR: 32 irpm SpO₂: 85% (AR) 	MANEJO NA SALA VERMELHA ✓ Adrenalina 0,5 mg IM (coxa) – IMEDIATA ✓ 2ª dose após 5 min + 3ª dose após 5 min ✓ Início infusão EV de adrenalina (12 ml/h) ✓ SF 0,9% 2.000 ml EV ✓ O₂ 15 L/min ✓ Salbutamol 4 jatos ✓ Hidrocortisona 250 mg EV ✓ Monitorização contínua	EVOLUÇÃO Após início da infusão de adrenalina, PA melhora para 100x60 mmHg. Observada por 48h em enfermaria. DESFECHO ALTA MELHORADA. Orientação rigorosa sobre alergia ao látex e uso de pulseira de alerta. 
CASO 5 EXERCÍCIO + ALIMENTO (INDUZIDA POR EXERCÍCIO) 	HISTÓRIA Masculino, 29 anos, correu após ingerir amendoim. Iniciou urticária, falta de ar e tontura intensa.	EXAME FÍSICO • Urticária extensa • Dispneia, sibilos • PA: 85x55 mmHg • FC: 122 bpm FR: 26 irpm SpO₂: 91% (AR) 	MANEJO NA SALA VERMELHA ✓ Adrenalina 0,5 mg IM (coxa) – IMEDIATA ✓ Repetida após 5 min ✓ SF 0,9% 1.500 ml EV ✓ O₂ 15 L/min ✓ Hidrocortisona 250 mg EV ✓ Difenhidramina 50 mg EV ✓ Salbutamol 4 jatos ✓ Monitorização contínua	EVOLUÇÃO Após 20 minutos, melhora clínica importante e estabilização hemodinâmica. Observado por 24h. DESFECHO ALTA MELHORADA. Orientado evitar exercício 4h após alimentos de risco e portar autoinjutor. 
MENSAGENS-CHAVE ⚠ NÃO ATRASE A ADRENALINA ⚠ NA DÚVIDA, TRATE COMO ANAFILAXIA ⚠ A VIA AÉREA DEVE SER REAVALIADA CONTINUAMENTE PÉROLAS DO PROFESSOR • Adrenalina salva vidas. • Corticoides e anti-histamínicos não substituem adrenalina. • A maioria das mortes ocorre por atraso no reconhecimento. FLUXO IDEAL NA SALA VERMELHA 				
 PROTOCOLO MUNICIPAL DE MANEJO DA ANAFILAXIA – ITARIRI/SP SALA VERMELHA APS – PS MUNICIPAL – REGULAÇÃO CROSS VERSÃO 1.0 – MAIO/2025				

13. CASOS CLÍNICOS COMENTADOS

Caso 1 - alimento

Adulto jovem com urticária difusa, vômitos repetidos e dispneia 20 min após camarão.

Discussão e conduta: Anafilaxia pelo critério 1. Adrenalina IM imediata; monitorização; reavaliar ABC; observar risco bifásico.

Caso 2 - medicamento

Paciente após antibiótico EV evolui com hipotensão e broncoespasmo, sem pele.

Discussão e conduta: Anafilaxia pelo critério 2. Suspender fármaco; adrenalina IM; cristalóide; CROSS precoce.

Caso 3 - veneno de inseto

Idoso em betabloqueador com choque após picada de abelha.

Discussão e conduta: Anafilaxia grave. Adrenalina IM repetida; volume; considerar glucagon e infusão IV em refratariedade.

Caso 4 - criança

Criança 18 kg com edema labial, urticária, tosse e sibilos após amendoim.

Discussão e conduta: Adrenalina 0,18 mg IM (0,18 mL da solução 1 mg/mL), podendo arredondar conforme seringa/padronização; repetir em 5 min se necessário.

Caso 5 - bifásica

Paciente retorna 6 h após melhora, agora com PA 80x60, taquicardia e dispneia.

Discussão e conduta: Reação bifásica com choque: tratar novamente como anafilaxia; internação e transferência.

REVISÃO DE SEGURANÇA

O item gráfico “12 microgotas/min” = “12 mL/h (em BIC)”; essa velocidade equivale a 2 microgramas/min. Usar somente a tabela institucional validada.

Figura 11. Caso clínico educacional.

14. PRESCRIÇÕES PADRONIZADAS

14.1 Sala Vermelha - adulto

13. Monitorização cardíaca contínua, SpO₂ e PA a cada 2-5 min até estabilização.
14. Adrenalina 1 mg/mL: administrar 0,5 mL IM na face anterolateral da coxa, agora; repetir a cada 5 min se persistirem alterações ABC.
15. Oxigênio por máscara com reservatório 10-15 L/min se hipoxemia, desconforto respiratório ou choque.
16. SF 0,9% ou Ringer Lactato: 500-1.000 mL EV rápido se hipotensão; reavaliar e repetir conforme resposta.
17. Salbutamol 100 mcg/jato: 4-10 jatos com espaçador se broncoespasmo, podendo repetir conforme resposta.
18. Se refratária: iniciar protocolo institucional de infusão de adrenalina por bomba, acesso exclusivo e dupla checagem.

14.2 Pediatria

19. Adrenalina 1 mg/mL: 0,01 mL/kg IM (0,01 mg/kg), máximo conforme protocolo municipal; repetir em 5 min se necessário.
20. Cristalóide: 10-20 mL/kg EV rápido se choque, com reavaliação.
21. Oxigênio e suporte ventilatório conforme necessidade.
22. Salbutamol com espaçador/nebulização se broncoespasmo persistente.

14.3 Observação/transferência

- Manter monitorização e acesso pérvio.
- Registrar tempo de cada dose e resposta.
- Manter adrenalina IM disponível durante transporte.
- Se infusão vasoativa: bomba exclusiva, solução identificada, acesso verificado e equipe treinada.
- Enviar cópia do atendimento, alergias, gatilho, medicações e horários.

Figura 12. Exemplo de prescrição avançada

CASO CLÍNICO E PRESCRIÇÃO



KAROLAYNE DAIANA, 27 ANOS, RETORNA APÓS 6 HORAS DEVIDO ALERGIA

 **FC:** 114 bpm

 **FR:** 26 irpm

 **SAT O2:** 95%

 **PA:** 80x60 mmHg

→ 85x60 mmHg

1	EMERGÊNCIA + MOV + GC	DX=112 mg/dl
2	MÁSCARA O2	15 L/min
3	EPINEFRINA 1/2	AMP. IM A.C.M
4	ELEVAÇÃO	M,M,I.
5	SFO 0,9%	1000 ml EV EM 20 min
6	EPINEFRINA 1 AMP	
	SG 5%	100 ml EV 12 mcg/min
* SALBUTAMOL 4 PUFFS / .		


OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

- Monitorizar sinais vitais continuamente.
- Reavaliar resposta ao tratamento.
- Os cálculos de doses foram calculados para paciente com 70 kg.


CONDUTA BASEADA EM PROTOCOLOS DE URGÊNCIA E ANAFILAXIA



ATENDIMENTO RÁPIDO, SEGURO E HUMANIZADO SALVA VIDAS.

Figura 13. Exemplo alternativo de prescrição avançada

PRESCRIÇÃO



PACIENTE COMEÇA A FICAR AGITADA E RETIRAR A MÁSCARA E OXÍMETRO

7		CETAMINA 50mg/ml - 2 ml EV
8		LIDOCAÍNA 2% 20mg/ml 5 ml EV BOLUS
9		CETAMINA ml EV
10		SUCCINILCOLINA 100mg  2 FRASCOS + 20 ml AD (1 frasco = 10 mg) 11 ml EV BOLUS
11		MIDA 5mg/ml - 30 ml
12		FENTA 50mcg/ml - 20 ml
SG5% 100ml EV BIC 5 ml/h		


ATENÇÃO

- Monitorar sinais vitais continuamente.
- Ajustar doses conforme resposta clínica.
- Verificar permeabilidade do acesso venoso.
- Registrar horários e doses administradas.


CONDUTA BASEADA EM PROTOCOLOS DE URGÊNCIA E ANAFILAXIA



ATENDIMENTO RÁPIDO, SEGURO E HUMANIZADO SALVA VIDAS.

15. CHECKLIST OPERACIONAL

- ☐ Critérios clínicos de anafilaxia reconhecidos.
- ☐ Adrenalina IM administrada e horário registrado.
- ☐ Paciente posicionado adequadamente.
- ☐ Monitor cardíaco, SpO2 e PA instalados.
- ☐ Oxigênio se indicado.
- ☐ Acesso venoso calibroso; segundo acesso se grave.
- ☐ Cristalóide se hipotensão/choque.
- ☐ Via aérea reavaliada continuamente.
- ☐ Adrenalina repetida em 5 min se necessário.
- ☐ CROSS acionada precocemente se grave.
- ☐ Tempo de observação definido por risco.
- ☐ Orientações, plano de ação e encaminhamento registrados.

⚠ REVISÃO DE SEGURANÇA

No texto normativo, cristalóide é indicado para comprometimento circulatório e a infusão IV segue protocolo validado; a ordem visual não deve atrasar adrenalina.

Figura 14. Checklist médico na prática.

ANAFILAXIA

CHECKLIST MÉDICO NA PRÁTICA

PASSO 1 - ENTENDER O QUE É

DEGRANULAÇÃO MASTÓCITOS E BASÓFILOS



MASTÓCITO



BASÓFILO

PELE/MUCOSAS

- Prurido, urticária
- Angioedema
- Rubor, edema



RESPIRATÓRIO

- Broncoespasmo
- Dispneia, sibilos
- Edema de via aérea

TGI

- Náuseas, vômitos
- Dor abdominal, diarreia

PASSO 2 - DIAGNÓSTICO

CRITÉRIO 1
PELE/MUCOSA + RESPIR. ou CARDIOCIRCUL ou TGI

CRITÉRIO 2
CONTATO ALÉRGICO + INÍCIO SÚBITO:
↓ PA, BRONCOESPASMO ou LARÍNGEO

⚠ SINAIS DE ALERTA: hipotensão, dispneia, rouquidão, estridor, síncope.
Avaliar rapidamente gravidade e evolução.

PASSO 3 - TRATAMENTO

3ª CONDUTA
CRISTALÓIDES



SF 0,9% ou RL
1 a 2 L EV
(se hipotensão refratária)

1ª CONDUTA
EPINEFRINA IM



0,5 mg (1/2 ampola)
IM 5/5' (m. vasto lateral da coxa)

Após 3 doses:
INICIAR INFUSÃO IV:

- 12 ml/h e depois
- 12 microgotas/min

2ª CONDUTA
ELEVÇÃO MMII



Elevar membros inferiores para aumento do retorno venoso (RV)

TRATAMENTO RÁPIDO E ORGANIZADO SALVA VIDAS!
Siga o passo a passo, monitore continuamente e reavalie o paciente.
A ATUAÇÃO RÁPIDA FAZ A DIFERENÇA!

16. INDICADORES DE QUALIDADE E SEGURANÇA

Indicador	Fórmula/meta inicial
Tempo mediano até adrenalina IM	Minutos entre reconhecimento/triagem e primeira dose; meta municipal: mediana ≤ 5 min.
% adrenalina em até 10 min	Casos elegíveis com adrenalina ≤ 10 min / total de anafilaxias $\times 100$; meta $\geq 90\%$.
% dose/local corretos	Casos com 1 mg/mL, dose adequada e coxa / total $\times 100$; meta $\geq 95\%$.
% avaliação de via aérea registrada	Casos com registro de rouquidão/estridor/edema/SpO ₂ / total $\times 100$; meta $\geq 95\%$.
% observação adequada ao risco	Casos com tempo e justificativa compatíveis / total $\times 100$; meta $\geq 90\%$.
Transferência segura	Casos transferidos com checklist completo / total $\times 100$; meta $\geq 95\%$.
Eventos adversos	Extravasamento, erro de dose, atraso, PCR e óbitos; revisão de 100% dos eventos graves.

17. ALGORITMOS TEXTUAIS PARA CONVERSÃO EM FLUXOGRAMAS

17.1 Algoritmo principal

Suspeita de anafilaxia → avaliar ABCDE → adrenalina IM imediata → posicionar → monitor/O₂/acesso → reavaliar em 5 min → repetir adrenalina se persistência → volume se choque → avaliar via aérea → se refratária após 2 doses + medidas iniciais, iniciar infusão IV titulada e transferir/UTI.

17.2 Choque refratário

Hipotensão persistente → confirmar dose/local de adrenalina IM → bolus de cristalóide → segunda dose IM → preparar infusão IV por bomba → considerar glucagon se betabloqueador → avaliar causas coexistentes → CROSS/UTI.

17.3 Via aérea difícil

Rouquidão/estridor/edema progressivo → chamar ajuda → pré-oxigenação → preparar planos A-D → intubação precoce por experiente → falha de intubação/oxigenação → acesso frontal de emergência.

17.4 Transferência

Gravidade/risco alto → acionar CROSS precocemente → estabilizar em paralelo → definir transporte avançado → checklist de medicações, bomba, O₂ e via aérea → comunicação estruturada ao destino.

18. RESUMO DE BOLSO (RDB)

DIAGNÓSTICO

Pele/mucosa + comprometimento respiratório/circulatório/GI grave; OU hipotensão, broncoespasmo ou laringe após alérgeno conhecido/provável.

TRATAMENTO IMEDIATO

Adrenalina 1 mg/mL: adulto 0,5 mL IM na coxa; criança 0,01 mL/kg IM. Repetir em 5 min se persistência. Posicionar, monitorizar, oxigenar se indicado, acesso e cristalóide se choque.

REFRACTÁRIA

Após duas doses adequadas + medidas iniciais, solicitar ajuda e iniciar infusão IV titulada por bomba conforme protocolo institucional. Evitar bolus IV fora de PCR.

ALTA/OBSERVAÇÃO

Baixo risco: 4-6 h após resolução; risco intermediário: 6-12 h ou mais; alto risco: internar ≥ 24 h/UTI conforme quadro. Sempre individualizar.

REFERÊNCIAS ESSENCIAIS

- Cardona V, et al. World Allergy Organization Anaphylaxis Guidance 2020. World Allergy Organization Journal. 2020;13:100472.
- Golden DBK, et al. Anaphylaxis: A 2023 practice parameter update. Ann Allergy Asthma Immunol. 2024;132:124-176.
- Resuscitation Council UK. Emergency treatment of anaphylaxis: Guidelines for healthcare providers. 2021.
- Shaker MS, et al. Anaphylaxis - a 2020 practice parameter update, systematic review, and GRADE analysis. J Allergy Clin Immunol. 2020;145(4):1082-1123.
- Associação Brasileira de Alergia e Imunologia (ASBAI). Anafilaxia: o que você precisa saber. Material educativo e recomendações nacionais.
- Turner PJ, et al. Updated grading system for systemic allergic reactions. World Allergy Organization Journal. 2024.

ANEXO - MENSAGENS-CHAVE PARA TREINAMENTO

-  NÃO ATRASE A ADRENALINA IM.
-  NA DÚVIDA CLÍNICA RAZOÁVEL, TRATE COMO ANAFILAXIA.
-  CORTICOIDES E ANTI-HISTAMÍNICOS NÃO SUBSTITUEM ADRENALINA.
-  ANTI-HISTAMÍNICOS E CORTICOIDES NÃO SÃO CONFIÁVEIS PARA PREVENIR REAÇÃO BIFÁSICA.
-  VIA AÉREA DEVE SER REAVALIADA CONTINUAMENTE.
-  A TRANSFERÊNCIA NÃO DEVE ATRASAR A ESTABILIZAÇÃO INICIAL.