



PROTOKOLO DE ANAFILAXIA

Reconhecimento e manejo imediato

Material de apoio ao ensino e à prática; não substitui a leitura integral das diretrizes nem o julgamento clínico. As condutas devem ser individualizadas e revisadas conforme novas evidências.

1. Definição

A anafilaxia é uma reação alérgica (hipersensibilidade) grave, de início agudo, potencialmente fatal, que resulta da liberação sistêmica de mediadores inflamatórios por mastócitos e basófilos. Pode envolver pele e mucosas, os sistemas respiratório, cardiovascular e/ou gastrointestinal.

A anafilaxia com risco de vida é caracterizada pelo acometimento respiratório e/ou cardiovascular, podendo não envolver pele ou mucosas em até 20% dos casos — o que torna o reconhecimento clínico um desafio relevante na prática pediátrica. Os principais desencadeantes em crianças são alimentos (leite de vaca, amendoim, ovos, frutos do mar, nozes), medicamentos (antibióticos beta-lactâmicos, anti-inflamatórios) e picadas de insetos.

2. Critérios Diagnósticos

O diagnóstico é clínico, baseado na história e no exame físico. A anafilaxia é provável quando qualquer um dos três critérios abaixo for atendido:

Critério Condição

Início agudo (minutos a horas) com envolvimento simultâneo de

1 – Sem alérgeno

pele/mucosas e pelo menos um dos seguintes: comprometimento identificado

respiratório ou cardiovascular

2 – Alérgeno

Início agudo com dois ou mais dos seguintes: comprometimento de provável ou

pele/mucosas, respiratório, cardiovascular ou gastrointestinal grave conhecido

3 – Alérgeno Início agudo de comprometimento respiratório após exposição a conhecido alérgeno não-inalatório ou comprometimento cardiovascular



3. Manifestações Clínicas por Sistema

Sistema Manifestações

Pele Urticária, flushing, eritema, edema facial, moteamento cutâneo

Edema de lábios, língua ou orofaringe, aperto severo na garganta,

Mucosas

disfagia; em lactentes: lambedura repetitiva dos lábios

Sibilância, desconforto respiratório, hipoxemia, tosse, dispneia, estridor,

Respiratório

rouquidão; em lactentes: choro rouco

Hipotensão, síncope, tontura, alteração do nível de consciência; em

Cardiovascular

lactentes: taquicardia inexplicada persistente

Sistema Manifestações

Gastrointestinal Dor abdominal intensa, vômitos recorrentes, diarreia

4. Conduta Imediata

4.1 Medidas Gerais

Ao reconhecer a anafilaxia, agir imediatamente na seguinte sequência:

1. Chamar ajuda e acionar o SAMU (192) se fora de ambiente hospitalar

2. Remover o alérgeno, se possível (ex.: retirar o ferrão de inseto)

3. Posicionamento — conforme situação clínica (ver quadro abaixo)

4. Ofertar oxigênio suplementar por máscara (10-15 L/min)

5. Monitorar sinais vitais continuamente: FC, FR, SpO₂, PA

6. Administrar adrenalina IM imediatamente — não postergar

Posicionamento conforme situação clínica

- Choque sem dispneia: decúbito dorsal com elevação dos MMII (melhora retorno venoso)
- Desconforto respiratório predominante: posição sentada ou semissentada (posição de conforto)
- Gestante: decúbito lateral esquerdo para evitar compressão da veia cava



- Não reposicionar abruptamente paciente em choque (pode precipitar parada)

4.2 Tratamento Medicamentoso

Medicação Dose e Via Observações

Repetir a cada 5–15 min (até 3 doses).

0,01 mg/kg sol. 1:1.000 ·

Monitorar FC. Único tratamento que

Adrenalina IM (1ª máx. 0,3 mg (criança) /
modifica o curso da anafilaxia. Pode ser

linha – SEMPRE) 0,5 mg (adolescente) ·

aplicada sem remover a roupa se

face anterolateral da coxa

necessário.

5–10 mL/kg IV nos

Monitorar sinais de sobrecarga de

Expansão volêmica primeiros 5 min; até 30

volume. SF 0,9% como 1ª escolha.

mL/kg na 1ª hora

0,1–1 mcg/kg/min em Reservada para casos refratários com

Adrenalina EV bomba de infusão hipotensão após múltiplas doses IM e

contínua Diluição: 1 mg em 100 mL ressuscitação volêmica. Monitoração

SF → 10 mcg/mL cardíaca contínua.

50 mcg/kg/dose = 1 jato/2

Salbutamol Para broncoespasmo persistente após

kg (máx. 10 jatos) com

inalatório adrenalina.

espaçador

Medicação Dose e Via Observações

Ação sintomática (prurido, urticária).

Anti-histamínico 1 mg/kg IV ou VO (máx.

NÃO previne progressão. NÃO substitui

(difenidramina) 50 mg)

a adrenalina.

Corticosteroide 1–2 mg/kg IV (máx. 125 Pouca ação no tratamento agudo. Pode

(metilprednisolona) mg) reduzir risco de reação bifásica.

20–30 mcg/kg (máx. 1 Reservado para pacientes em uso de

Glucagon mg) bolus EV lento em 5 beta-bloqueadores, nos quais a

min adrenalina pode ter resposta reduzida.

Atenção — Prioridade da Adrenalina

- A adrenalina intramuscular é o tratamento de PRIMEIRA LINHA e não deve ser postergada em hipótese alguma.
- Anti-histamínicos e corticosteroides são adjuvantes — não substituem a adrenalina e não devem ser administrados antes dela.
- O atraso na administração da adrenalina é o principal fator associado a desfechos fatais.



5. Considerações em Populações Especiais

Condição Consideração Clínica

Maior risco de broncoespasmo grave e morte. Adrenalina IM deve ser dada logo. Criança com asma administrada ainda mais precocemente. Associar salbutamol inalatório desde o início.

Uso de beta- Resposta reduzida à adrenalina. Considerar glucagon como bloqueadores adjuvante. Pode exigir doses maiores de adrenalina.

Risco aumentado de anafilaxia grave e recorrente. Manter adrenalina autoinjetável sempre disponível. Encaminhar obrigatoriamente ao alergologista.

Lactentes < 6 meses Sinais atípicos: irritabilidade, taquicardia inexplicada, palidez, vômitos. Alto índice de suspeita clínica necessário.

6. Reação Bifásica

Aproximadamente 5–20% dos pacientes podem apresentar recorrência dos sintomas 4 a 12 horas após a resolução do episódio inicial, mesmo sem nova exposição ao alérgeno.

- Observação mínima de 4 a 8 horas após resolução dos sintomas em todos os casos
- Internação por 24 horas em casos graves com comprometimento cardiovascular ou respiratório significativo
- Fatores de risco para reação bifásica: necessidade de mais de uma dose de adrenalina, início tardio da adrenalina, CF complexa ou instabilidade hemodinâmica prolongada

7. Critérios de Alta e Orientações

7.1 Critérios Objetivos para Alta

A alta pode ser considerada após período de observação adequado e todos os critérios abaixo atendidos:

- Pressão arterial normalizada para a faixa etária (sem necessidade de expansão volêmica nas últimas 2 horas)
- SpO₂ ≥ 95% em ar ambiente, sem suporte de oxigênio
- Ausência de urticária ativa, edema de mucosas ou broncoespasmo por pelo menos 1 hora
- Nível de consciência normal e estável
- Paciente capaz de tolerar líquidos por via oral (lactentes: aceita mamada)

7.2 Orientações na Alta

- Prescrever adrenalina autoinjetável (EpiPen® ou similar) e treinar o paciente/família para uso — incluindo técnica de aplicação sem remoção da roupa se necessário
- Fornecer plano de ação escrito com identificação do alérgeno, sinais de alerta e conduta em nova exposição
- Encaminhar ao alergologista pediátrico para investigação etiológica e imunoterapia quando indicada
- Orientar sobre evitar o alérgeno em todos os ambientes (escola, festas, viagens)
- Recomendar pulseira de identificação de alergia grave



- Informar sobre a possibilidade de reação bifásica nas 24 horas seguintes e quando retornar à emergência

Referências 1. Hospital Albert Einstein. Guia do Episódio de Cuidado — Anafilaxia Pediátrica. São Paulo, 2025.

2. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Guia Prático de Atualização — Anafilaxia. Departamento de Alergia e Imunologia. Disponível em: <https://www.sbp.com.br> 3. Dribin TE, et al. Anaphylaxis definition, overview, and clinical support tool. J Allergy Clin Immunol. 2025. DOI: 10.1016/j.jaci.2025.01.007 4. Golden DBK, et al. Anaphylaxis: A 2023 practice parameter update. Ann Allergy Asthma Immunol. 2024;132(2):124-176.

5. Royal Children's Hospital Melbourne. Clinical Practice Guidelines — Anaphylaxis. 2024.

6. World Allergy Organization (WAO). WAO White Book on Allergy 2026.

7. EBSERH. Protocolo de Manejo de Anafilaxia em Pediatria — PRT.UCA.004. 2025. 8. Ministério da Saúde do Brasil. Protocolos de Urgência e Emergência Pediátrica. Brasília, 2023.