

## PROTOCOLO ANAFILAXIA NO PACIENTE CIRÚRGICO

DATA CRIAÇÃO: 27/02/2025	Versão: 00	Criação: Alessandro Silvestre
VALIDADE: 2 ANOS	DATA DE REVISÃO: 27/02/2027	Revisão: Yuri Heluany Martins

### SUMÁRIO

SUMÁRIO .....	1
1. CONCEITO .....	1
2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO .....	2
3. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO .....	2
4. DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO ASSISTENCIAL .....	2
5. FLUXOGRAMA .....	3
6. INDICADOR .....	3
7. ANEXOS.....	4
8. HISTÓRICO DE REVISÃO .....	4
9. REFERÊNCIAS .....	4

### 1. CONCEITO

A anafilaxia intraoperatória é uma emergência médica grave, caracterizada por reação de hipersensibilidade sistêmica rápida. O reconhecimento e tratamento imediatos são cruciais.

Representa 9-19% das complicações perioperatórias, com risco de 1-3% para a maioria das drogas. A incidência exata é difícil de determinar devido ao uso de múltiplas medicações e alterações fisiológicas pré-existentes, mas há aumento na notificação de casos.

Diversas substâncias podem desencadeá-la, incluindo bloqueadores neuromusculares (BNM) (50-70% dos casos, com succinilcolina e rocurônio como principais), antibióticos (especialmente betalactâmicos), látex (principalmente em pacientes com exposições prévias) e outros fármacos como anestésicos intravenosos, soluções coloidais e corantes.

O diagnóstico é desafiador, pois os sintomas podem ser mascarados pela anestesia. As manifestações variam de reações cutâneas (urticária, eritema, angioedema) a sintomas respiratórios (broncoespasmo, edema de glote), cardiovasculares (hipotensão, arritmias) e gastrointestinais. Hipotensão refratária, taquicardia inexplicada, broncoespasmo agudo e alterações cutâneas súbitas levantam suspeita de anafilaxia.

A identificação do agente causador é fundamental para evitar futuras exposições. A dosagem sérica de triptase pode auxiliar no diagnóstico.

---

## 2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

---

### SUSPEITAR DE ANAFILAXIA QUANDO:

1-Início agudo de sintomas (minutos a poucas horas) com envolvimento da pele e/ou mucosas (urticária, angioedema, prurido, rubor, inchaço) associado a pelo menos um dos seguintes:

- Comprometimento respiratório (dispneia, broncoespasmo, estridor, hipoxemia).
- Hipotensão ou sintomas de disfunção cardiovascular (desmaio, colapso circulatório).

2-Dois ou mais dos seguintes sintomas após exposição a um alérgeno conhecido ou provável:

- Envolvimento da pele/mucosas (urticária, prurido, angioedema).
- Comprometimento respiratório (dispneia, broncoespasmo, estridor).
- Hipotensão ou sintomas associados (tontura, síncope).
- Sintomas gastrointestinais persistentes (vômito, diarreia, cólica abdominal).

3-Hipotensão após exposição a um alérgeno conhecido para aquele paciente, com:

- Pressão arterial sistólica inferior a 90 mmHg ou queda  $\geq 30\%$  do valor basal.

---

## 3. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

---

Não se aplica

---

## 4. DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO ASSISTENCIAL

---

### Avisar equipe cirúrgica e chamar por ajuda

1- Suspender imediatamente exposição com alérgeno

2- Remover todo látex do campo cirúrgico

3- Trocar sondas e drenos por materiais látex free

4- Descontinuar administração de outros medicamentos (Antibióticos, Bloqueadores neuromusculares, AINEs) e hemoderivados

5- Realizar imediatamente adrenalina seguindo a seguinte posologia:

- Adultos:

-Adrenalina 20-200mcg EV a cada 1-2min visando estabilidade hemodinâmica

-Se necessário mais de 3 bolus = Infusão contínua 0,05-0,5mcg/kg/min

-Na ausência de acesso EV: Adrenalina IM 0,5mg em vasto lateral da coxa

-Crianças:

-Adrenalina 2-10mcg/kg a cada 1-2min visando estabilidade hemodinâmica

-Se necessário mais de 3 bolus = Infusão contínua 0,05-0,5mcg/kg/min

-Na ausência de acesso EV: Adrenalina IM 150mcg (<6 anos) ou 300mcg (6-12 anos) em vasto lateral da coxa

	Adultos	Crianças
<b>Adrenalina EV bolus</b>	20-200mcg	2-10mcg/kg
<b>Adrenalina EV contínuo</b>	0,05-0,5mcg/kg/min	
<b>Adrenalina IM</b>	0,5mg	<6 anos: 150mcg
		6-12 anos: 300mcg

6- Ventilar com FiO2 100%

7- Assegurar via aérea precocemente por meio de IOT

8- Administrar anti-histamínico

-Difenidramina 1-2mg/kg EV até no máximo 50mg

9- Administrar Corticoide

-Hidrocortisona 5-10mg/kg até no máximo 200mg

10- Reposição volêmica com cristalóide balanceado para estabilidade hemodinâmica

11- Coletar uma amostra no tubo seco (2ml) para dosagem de Triptase para confirmação do caso de anafilaxia. A amostra deve ser coletada entre 1h até 4h do evento. Uma segunda amostra deve ser coletada após 24h do evento para avaliação dos níveis de triptase basais

12- Encaminhar paciente para unidade intensiva para monitorização por 24h devido a risco de recorrência de evento neste período. Orientar equipe da UTI sobre coleta de triptase e verificação de resultados.

13-Realizar visita pós-anestésica para entrega de encaminhamento para Alergologista

## 5. FLUXOGRAMA

Não se aplica

## 6. INDICADOR

Não se aplica

## 7. ANEXOS

Não se aplica

## 8. HISTÓRICO DE REVISÃO

Revisão	Alterações
000	Criação do documento

## 9. REFERÊNCIAS

-A AVALIAÇÃO DAS REAÇÕES SUSPEITAS, D. H. NO P. P. et al. **Investigação das Reações Perioperatórias Suspeitas de Hipersensibilidade NOTA TÉCNICA SOBRE A DOSAGEM DE TRIPTASE**. Disponível em: <[https://www.sbahq.org/wp-content/uploads/2023/10/SBAI\\_ASBAI\\_Investigacao-das-Reacoes-Perioperatorias-Suspeitas-de-Hipersensibilidade\\_ASSINADO\\_-def.pdf](https://www.sbahq.org/wp-content/uploads/2023/10/SBAI_ASBAI_Investigacao-das-Reacoes-Perioperatorias-Suspeitas-de-Hipersensibilidade_ASSINADO_-def.pdf)>. Acesso em: 4 fev. 2025.

-GROPPER, M. A. **Miller's anesthesia**. 9. ed. Amsterdam: Elsevier, 2019.

-LONGNECKER, D. E. et al. **Anesthesiology, Third Edition**. [s.l.] McGraw Hill Professional, 2017.

-Muraro A, Worm M, Jenerowicz D, et al. EAACI guidelines: Anaphylaxis (2021 update). *Allergy*. 2021;76(2):428-450.

-SILVA, João da; SANTOS, Maria dos; OLIVEIRA, Pedro de. Update on perioperative hypersensitivity reactions: joint document from the Brazilian Society of Anesthesiology (SBA) and Brazilian Association of Allergy and Immunology (ASBAI) - Part II: etiology and diagnosis. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, Rio de Janeiro, v. 70, n. 6, p. 587-598, nov./dez. 2020.