Guía de actuación en

ANAFILAXIA

GALAXIA 2022

seaic

seaic
fundación

Definición

La anafilaxia es una reacción de **hipersensibilidad aguda,** de instauración **rápida**, **sistémica**, porque afecta a varios órganos y sistemas, y potencialmente **grave**, llegando a ser **mortal** en algunos **casos**.

Causas

Las causas más frecuentes de anafilaxia són los **alimentos, fármacos y picaduras de insectos,** dependiendo de la edad y de la zona geográfica.



Epidemiología

Su **prevalencia** está en **aumento**. Es más frecuente en **niños y en adolescentes**. La **recurrencia** es elevada.

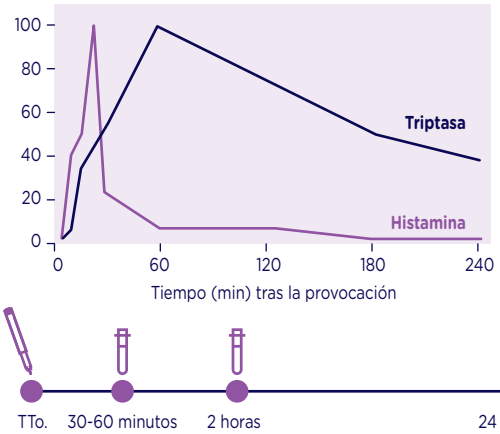
Fisiopatología de la anafilaxia

La anafilaxia se puede producir por distintos mecanismos, siendo el mediado por la **IgE** el más frecuente. Existen **cofactores** capaces de incrementar la gravedad de las reacciones: menstruación, alcohol, ejercicio físico y AINEs.

Pruebas diagnósticas

La prueba de laboratorio **más útil** para confirmar el diagóstico es la **triptasa sérica.**

Se aconseja la extracción de un mínimo de **tres muestras seriadas.**



La **primera** tras la instauración del tratamiento (al menos 30-60 minutos tras el inicio de la reacción).

La **segunda** alrededor de las 2 horas del comienzo de la reacción.

La **tercera** a las 24 horas del inicio de la reacción para obtener los valores basales.

Diagnóstico de anafilaxia

Criterios clínicos para el diagnóstico de anafilaxia

1. Inicio agudo (minutos a horas) de un síndrome que afecta a la piel y/o mucosas (ej. urticaria generalizada, prurito, eritema, *flushing* (sofoco), edema de labios, úvula o lengua), junto con al menos uno de los siguientes:

a. Compromiso respiratorio (ej. disnea, sibiliancias, estridor, disminución del PEF, hipoxemia)
b. Disminución de la TA o síntomas asociados de disfunción orgánica (ej. hipotonía, síncope, incontinencia)

2. Aparición rápida (de minutos a algunas horas) de dos o más de los siguientes síntomas tras la exposición a un alérgeno potencial para ese paciente:

a. Afectación de piel y/o mucosas
b. Compromiso respiratorio
c. Disminución de la TA o síntomas asociados de disfunción orgánica
d. Síntomas gastrointestinales persistentes (ej. dolor absominal cólico, vómitos)

3. Disminución de la TA en minutos o algunas horas tras la exposición a un alérgeno conocido para ese paciente:

a. Lactantes y niños: TA baja o descenso superior al 30% de la TA sistólica*
b. Adultos: TA sistólica inferior a 90 mmHg o descenso superior al 30% sobre la basal

PEF: pico flujo espiratorio; **TA:** tensión arterial. *TA sistólica baja en la infancia: menor de 70 mmHg de 1 mes y 1 año, menor de (70 mmHg + [2 x edad]) de uno de 10 años, y menor de 90 mmHg de 11 a 17 años (D).

Tratamiento

El tratamiento consiste en la administración rápida de **adrenalina intramuscular.** Existen **tres dispositivos** disponibles.

Altellus®	Jext®	Anapen®
300 mcg 150 mcg	300 mcg 150 mcg	500 mcg, 300 mcg, 150 mcg



Algoritmo de actuación en la anafilaxia

MEDIO SANITARIO

Reacción anafiláctica

Decúbito supino (Trendelenburg)
Valorar permeabilidad vía aérea, respiración, estado cardiocirculatorio (ABCDE)
Retirar el alérgeno, si es posible.



↓

ADRENALINA INTRAMUSCULAR EN MUSLO
(0,01 mg/kg, adultos y niños >12 años (500 mcg-0,5 ml),
niños 6-12 años (300 mcg-0,3 ml),
niños 6 meses-6 años (150 mcg-0,15 ml),
<6 meses (100-150 mcg-0,1-0,15 ml).



↓

Valorar intubación, traqueotomía o cricotirotomía y ventilación mecánica si estridor marcado o paro respiratorio.
Iniciar soporte vital.

Estabilizar vía aérea.
Administrar O_2 100% alto flujo.
Asegurar accesos venosos de grueso calibre.
Reposición de fluidos.
Monitorización continua (FC, TA $SatO_2$, diuresis).

Terapia adyuvante:
Salbutamol inhalado o nebulizado si broncoespasmo.
Dexclorfeniramina IV.
Hidrocortisona IV o metilprednisolona IV.

Síntomas refractarios

↓

REPETIR DOSIS ADRENALINA IM cada 5-15 min.
Iniciar perfusión adrenalina IV.
Glucagón: si tratamiento con bloqueantes beta.
Atropina: si bradicardia prolongada.
Vasopresores (dopamina, NA) si hipotensión refractaria.
Valorar derivación a UCI.

Si mejoría

↓

Observación 6-8 h.
Prescripción de autoinyector de adrenalina.
Corticoides y antihistamínicos (3 días).
Evitar alérgeno.
Derivar al alergólogo.

Dosificación de los fármacos utilizados en la anafilaxia

Adultos	Niños
1. Adrenalina IM (muslo). Puede repetirse cada 5-15 min	
0,01 mg/kg, máx 0,5 mg = 0,3-0,5 mg	0,01 mg/kg, máx 0,5 mg (solución 1/1.000)
2. Sueroterapia	
Infusión rápida 1-2 l/h	20 ml/kg cada 5-10 min
3. Infusión IV de adrenalina *	
Diluir 1 mg de adrenalina en 100 m SSF = 0,01 mg/ml (1/100.000) DOSIS DE INICIO: 0,5-1 ml/kg/h (30-100 ml/h), dosis máxima recomendada de 6 ml/kg/h SUSPENSIÓN DE LA INFUSIÓN: de forma progresiva. Vigilar recurrencias	Diluir 1 mg de adrenalina en 100 m SSF = 0,01 mg/ml (1/100.000) DOSIS: 0,1-1 μg/kg/min SUSPENSIÓN DE LA INFUSIÓN: de forma progresiva. Vigilar recurrencias
4. Glucagón	
1-2 mg IV/IM en bolo en 5 min	20-30 μg/kg (máx 1 mg); puede repetirse en 5 min
5. Atropina	
0,5-1 mg en bolo, hasta 3 mg	0,02 mg/kg
6. Dopamina	
2 amp. (200 mg) en 100 ml de SG al 5%; DOSIS MANTENIMIENTO: <3 ml/h efecto δ; 3-5 ml/h efecto β1; >5ml/h efecto α1	3 mg x peso en kg = mg de dopamina a diluir en 50 ml de suero Administración: 1 ml/hora = 1 μg/kg/min Dosis 5-20 μg/kg/min
7. Noradrenalina	
2 amp. (10 mg) en 100 ml de SG al 5%; DOSIS MANTENIMIENTO: comenzar con 5 ml/h y subir de 5 en 5 según respuesta	Diluir 1 mg en 100 ml de SG 0,01 mg/ml. Dosis: 0,05-1 μg/kg/min

IM: intramuscular; **IV:** intravenoso; **SG:** solución glucosada; **SSF:** solución salina fisiológica.
*Administración únicamente por médicos intensivistas.
Adaptado de refs. 57, 79, 119 (ver www.guiagalaxia.com/bibliografia).

Anafilaxia en embarazadas

El tratamiento es similar al de una paciente no embarazada, teniendo en cuenta:

- Siempre hay que colocar en posición lateral completa sobre el lado izquierdo.
- Si la anafilaxia es grave o refractaria al tratamiento, debe considerarse la posibilidad de realizar una cesárea urgente antes de la parada cardiorespiratoria.

Anafilaxia refractaria

La mayor parte de las reacciones anafilácticas responden al tratamiento inicial con una sola dosis de adrenalina IM.

Aproximadamente el 10% requieren dos dosis y el 2% precisa más de dos.

Anafilaxia bifásica

La anafilaxia bifásica ocurre en el 4-5% de las reacciones anafilácticas. Por este motivo es importante mantener el paciente en observación entre 6-8 horas después de la reacción.

Las reacciones bifásicas pueden aparecer entre 1-72 horas del inicio de los primeros síntomas.

Los factores relacionados con la aparición de reacciones bifásicas son:

- Retraso en la administración de adrenalina (más 60 minutos desde el inicio de los síntomas hasta la administración de la primera dosis de adrenalina).
- Necesidad de más de una dosis de adrenalina.

COLABORADORES

Sociedad Española de Inmunología Clínica, Alergología y Asma Pediátrica (SEICAP), Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC), Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP).

Accede a la Guía

Con el patrocinio de:

bioprojet

seaic

seaic
fundación