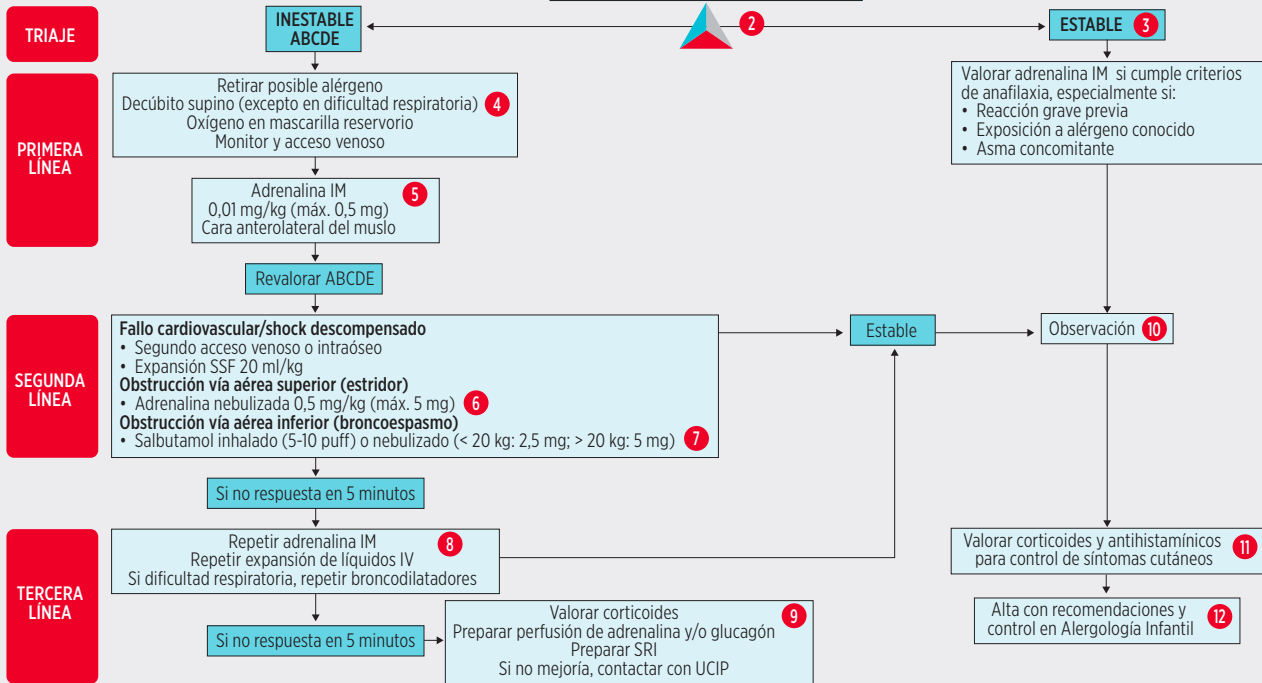


## SOSPECHA DE ANAFILAXIA



**1 ANAFILAXIA:** La anafilaxia es una reacción alérgica de instauración rápida, multisistémica y potencialmente mortal. Su diagnóstico es clínico basado en los siguientes criterios:

1. Inicio agudo (minutos u 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** (p. ej., disnea, sibilancias, 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 (p. ej., dolor abdominal, cólico, vómitos).
3. **Disminución de la TA** en minutos o algunas horas tras la exposición a un **alérgeno conocido** para ese paciente:
  - a. Lactantes: TAS < 70 mmHg.
  - b. Niños 1-10 años: TAS < 70 mmHg + (edad años x 2).
  - c. Niños > 10 años: TAS < 90 mmHg o descenso del 30% sobre la basal.

**2 TRIÁNGULO DE EVALUACIÓN PEDIÁTRICO (TEP):** Una anafilaxia activa, por definición, debe ir asociada a un TEP inestable, en la mayoría de las ocasiones a expensas del lado respiratorio aunque puede alterarse cualquiera de los tres lados.

**3** Algunos pacientes que refieren un episodio compatible con anafilaxia, están asintomáticos en el momento de la consulta<sup>2</sup>. En estos casos la decisión sobre la administración de adrenalina debe individualizarse en función del tiempo transcurrido, el alérgeno, la edad, antecedentes previos, etc.

**4 POSICIÓN DEL PACIENTE:** Los pacientes deben ser colocados en decúbito supino o semiincorporados. Esta recomendación se fundamenta en la escasa evidencia del efecto de la postura en Trendelenburg<sup>3</sup> sobre la tensión arterial y el claro predominio del fallo respiratorio sobre el hemodinámico<sup>4</sup> en la anafilaxia pediátrica.

**5 ADRENALINA:** la adrenalina es la única medicación de primera línea en la anafilaxia, ya que actúa de forma rápida a diferentes niveles:

- Vasoconstricción e inotropismo positivo: aumento del gasto cardiaco, aumento de la tensión arterial, disminución del edema de mucosas.
  - Broncodilatador: disminución de las resistencias de la vía aérea.
  - Supresión de los mediadores de histamina: frena la progresión de la reacción alérgica<sup>5</sup>.
- **Vía:** intramuscular alcanza niveles plasmáticos eficaces más rápido que por vía subcutánea<sup>6</sup>.
- **Dosis:** 0,01 ml/kg de adrenalina pura sin diluir (1:1.000 = 1 mg/ml). Máximo 0,5 ml/dosis<sup>5</sup>.
- **Lugar de administración:** cara anterolateral del tercio medio de la pierna por ser la zona con menor probabilidad de alcanzar nervios o vasos principales<sup>5</sup>.

**6 ADRENALINA NEBULIZADA<sup>7</sup>:** Diluir en SSF hasta 3-5 ml con un flujo de oxígeno de 4-6 L/min.

**7 SALBUTAMOL NEBULIZADO:** Diluir en SSF hasta 2,5 ml con un flujo de oxígeno de 6-8 L/min.

**8 REPETIR ADRENALINA IM:** Se puede repetir cada 5-15 minutos<sup>5</sup>.

**9 ADRENALINA IV Y GLUCAGÓN:** En caso de anafilaxia refractaria, se puede valorar la administración de otros fármacos menos utilizados como el glucagón en pacientes que reciben betabloqueantes o los vasopresores, preferiblemente en Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos:

- Adrenalina IV: 0,1-1 µg/kg/min en perfusión continua. Diluir 1 mg de adrenalina (1:1.000) en 100 ml de SSF (1:100.000). 1 ml/h = 0,17 µg/min.

- Glucagón IV: 20-30 µg/kg/dosis (máx. 1 mg), luego perfusión continua a 5-15 µg/min. Inyectar 1 ml de agua estéril en el vial que contiene el liofilizado, agitar y extraer. Uso inmediato a preparación<sup>5</sup>.

**10 OBSERVACIÓN HOSPITALARIA:** Tabla 3-1<sup>8</sup>.

**11 CORTICOIDES Y ANTIHISTAMÍNICOS:** Los corticoides y antihistamínicos no son fármacos de primera línea y su administración no debe suponer nunca un retraso o alternativa a la administración adrenalina. A nivel fisiopatológico, los antihistamínicos son los fármacos ideales, pero su lento inicio de acción hace que queden relegados al alivio de los síntomas cutáneos. En cuanto a los corticoides,

**TABLA 3-1. Tiempos de observación recomendados**

Considerar el alta tras 2 horas desde el control de los síntomas si:	Mínimo de 6 horas de observación tras la resolución de los síntomas si:	Mínimo de 12 horas de observación si cumple alguno de los siguientes:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buena respuesta (5-10 minutos) a una única dosis de adrenalina administrada en los primeros 30 minutos del inicio de la reacción</li> <li>• y</li> <li>• Completa resolución de los síntomas</li> <li>• y</li> <li>• Se dispone de autoinyectable de adrenalina y recibe entrenamiento para su uso</li> <li>• y</li> <li>• Adecuada vigilancia al alta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ha precisado dos dosis adrenalina*</li> <li>• o</li> <li>• Reacciones bifásicas previas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anafilaxia grave que precisa más de dos dosis de adrenalina</li> <li>• Paciente con asma grave o que haya presentado insuficiencia respiratoria grave</li> <li>• Posibilidad de absorción continuada del alérgeno (por ejemplo, medicamento de liberación prolongada)</li> <li>• El paciente consulta de noche o puede que no responda en caso de deterioro</li> <li>• Dificultad para el acceso a un Servicio de Urgencias</li> </ul>

\*En algunos casos, puede ser razonable que estos pacientes sean dados de alta en 2 horas (por ejemplo, tras una provocación controlada en una consulta de alergología).  
Tabla extraída de referencia 8.

existe escasa evidencia sobre su utilidad en el tratamiento de anafilaxia<sup>9</sup> por lo que su uso se recomienda únicamente en casos de asma mal controlado o anafilaxia refractaria a dos dosis de adrenalina<sup>5,7</sup>. Se recomienda prolongar su administración en domicilio por vía oral durante 3 días<sup>8,10</sup>.

Fármaco	Dosis	Preparación
Dexclorfeniramina IV	0,15 mg/kg/6-8 h Máx. 5 mg/dosis	Sin diluir y en bolo lento
Metilprednisolona IV	1-2 mg/kg/dosis, luego 0,5-2 mg/kg/día en 3 dosis. Máx 120 mg/día	Reconstituir el vial con el disolvente que acompaña la presentación y administrar en bolo
Cetirizina oral	Una veza al día. < 20 kg 2,5 mg, 20-30 kg 5 mg, > 30 kg 10 mg	
Prednisona oral	1-2 mg/kg/día cada 12-14 horas	

**12 ALTA A DOMICILIO:** En caso de no recurrencia de los síntomas durante su estancia hospitalaria, el paciente puede ser dado de alta. Todos los pacientes que han sufrido una anafilaxia deben recibir recomendaciones de evitación de alérgeno, educación sobre el uso de autoinyectable de adrenalina y derivación a Alergología Infantil<sup>5,7,11</sup>:

- Informar a los pacientes y sus familias del alérgeno sospechado y los productos en los que se encuentra. En ocasiones, no se consigue identificar el

detonante por lo que deberemos basarnos en la frecuencia de los alérgenos según edad.

- La familia debe ser capaz de identificar los primeros síntomas de una anafilaxia y disponer de autoinyectables de adrenalina. Existen dos presentaciones comerciales de 0,15 y 0,3 mg, para pacientes de 10-25 kg y más de 25 kg respectivamente. En los pacientes de menos de 10 kg se valorará el riesgo-beneficio de forma individual. Se debe instruir a la familia en su utilización:
  - Sentarse con el niño sobre las piernas.
  - Con las piernas, sujetar las piernas del niño.
  - Coger el autoinyectable, quitar el tapón de seguridad y agarrarlo con todos los dedos (como agarrar un palo, no como un lápiz).
  - Apoyar el autoinyectable sobre la pierna del niño (no golpear) y apretar firmemente contando 10 segundos desde notar el chasquido.
  - Masajear durante 10 segundos.
  - Llamar al Servicio de Emergencias.
- Derivar a Alergología Infantil para un estudio completo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sampson HA, Muñoz-Furlong A, Campbell RL, et al. Second symposium on the definition and management of anaphylaxis: summary report – Second National Institute of Allergy and Infectious Disease/Food Allergy and Anaphylaxis Network symposium. *J Allergy Clin Immunol.* 2006; 117: 391-7.
2. Campbell RL, Li JT, Nicklas RA, Sadosty AT; Members of the Joint Task Force; Practice Parameter Workgroup. Emergency department diagnosis and treatment of anaphylaxis: a practice parameter. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2014; 113: 599-608.
3. Bridges N, Jarquin-Valdivia AA. Use of Trendelenburg as the resuscitative position: to T or not to T? *Am J Crit Care.* 2005; 14: 364-8.

4. Grabenhenrich LB, Dölle S, Moneret-Vautrin A, et al. Anaphylaxis in children and adolescents: the European Anaphylaxis Registry. *J Allergy Clin Immunol.* 2016; 137: 1128-37.e1.
5. Cardona V, Cabañes N, Chivato T, et al. Guía de actuación en anafilaxia: guía Galaxia 2016. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_556\\_galaxia\\_2016\\_SEAIC\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_556_galaxia_2016_SEAIC_compl.pdf)
6. Simons FE, Roberts JR, Gu X, Simons KJ. Epinephrine absorption in children with a history of anaphylaxis. *J Allergy Clin Immunol.* 1998; 101: 33-7.
7. Muraro A, Roberts G, Worm M, et al. Anaphylaxis: guidelines from the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. *Allergy.* 2014; 69: 1026-45.
8. Dodd A, Hughes A, Sargant N, et al. Evidence update for the treatment of anaphylaxis. *Resuscitation.* 2021; 163: 86-96.
9. Choo KJL, Simons FER, Sheikh A. Glucocorticoids for the treatment of anaphylaxis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; (4): CD007596.
10. Shaker MS, Wallace DV, Golden DBK, et al. Anaphylaxis-a 2020 practice parameter update, systematic review, and Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE) analysis. *J Allergy Clin Immunol.* 2020; 145(4): 1082-123.
11. Sicherer SH, Simons FER; Section on Allergy and Immunology. Epinephrine for first-aid management of anaphylaxis. *Pediatrics.* 2017; 139(3): e20164006.