

# **ANAFILAXIA. GUÍA RÁPIDA DE ACTUACIÓN.**

## **V1. Febrero 2024**

Pediatría Hospital Clínico Valencia

La anafilaxia es una reacción de hipersensibilidad sistémica, aguda, grave y que amenaza la vida. Es una emergencia médica, por lo que es fundamental reconocerla y saber actuar ante ella.

El diagnóstico es eminentemente clínico cuando se cumple **uno** de los siguientes **tres criterios**:

CRITERIO 1	<b>Inicio agudo (minutos a horas) del cuadro, afectación de piel y/o mucosas y al menos uno de:</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compromiso respiratorio.</li> <li>- Disminución de la tensión arterial o síntomas asociados de disfunción orgánica.</li> </ul>
CRITERIO 2	<b>Aparición rápida (minutos a horas) de dos o más de los siguientes tras exposición a un alérgeno potencial para el paciente:</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Afectación de piel y/o mucosas.</li> <li>- Compromiso respiratorio.</li> <li>- Disminución de la tensión arterial o síntomas asociados de disfunción orgánica.</li> <li>- Síntomas gastrointestinales persistentes.</li> </ul>
CRITERIO 3	<b>Disminución de la tensión arterial SISTÓLICA en minutos-horas tras contacto con un alérgeno conocido para el paciente:</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De 1 mes a 1 año: &lt; 70 mmHg.</li> <li>- De 1 a 10 años: &lt; [70 mmHg + (2 x edad)].</li> <li>- De 11 a 17 años: &lt; 90 mmHg.</li> </ul>

El antecedente de exposición a alérgenos apoya el diagnóstico, aunque **no es imprescindible**. Los alérgenos más comunes son: alimentos (frutos secos, leche, pescado), venenos de abeja y avispa, fármacos (antibióticos, anestésicos...), contrastes intravenosos, y el látex.

**ALGORITMO DE ACTUACIÓN**  
**(BUSCA DE UCI-P: 491200)**

**Diagnóstico clínico de anafilaxia**  
(cumple uno de los tres criterios)

**Aplicar secuencia ABC y posicionar al paciente:**

**A:** Administrar adrenalina nebulizada 0,5 ml/kg de la solución 1/1000 (máx. 5 ml) con O<sub>2</sub> al 100%. Si el paciente precisa vía aérea artificial preparar secuencia rápida de intubación y avisar a UCIP.  
**B:** aportar O<sub>2</sub> desde el inicio.  
**C:** obtener acceso venoso periférico o intraóseo.

**Paciente tumbado con piernas elevadas si hipotensión y semiincorporado si dificultad respiratoria.**

**Administrar de forma inmediata:**

**Adrenalina IM a 0,01 ml/kg** de la solución 1/1000 (máx. 0,3 ml en <12 años y 0,5 ml en >12 años) y, si precisa, repetir **cada 5-10 minutos**.

*Aproximadamente 0,1 ml por cada 10 kg.*

*Si peso desconocido:*

*<6 meses: 0,1-0,15 ml;*

*6 meses-6 años: 0,15 ml;*

*6-12 años: 0,3 ml*

*>12 años: 0,5 ml.*

**2º PASO:**

- Hidrocortisona IV a 10-20 mg/kg (máximo 500 mg) o metilprednisolona IV a 1-2 mg/kg (máx. 60 mg).
- Dexclorfeniramina IV 0,15 mg/kg (máx. 5 mg).

**Tratamiento adyuvante (sólo si precisa)**

- ***Si broncoespasmo:*** salbutamol nebulizado a 0,15 mg/kg/dosis (máx. 5mg).
- ***Si estridor laríngeo:*** adrenalina nebulizada a 0,5 mg/kg (máx. 5ml) de la solución 1/1000.
- ***Si hipotensión o shock:*** SSF, 10 ml/kg en 5-10 minutos.
  - Si se mantiene la hipotensión repetir el bolo y avisar a UCI-P.
  - Si se mantiene la hipotensión considerar vasopresores (noradrenalina, adrenalina) o dopamina por ese orden de prioridad.

## MANEJO

Ante la sospecha clínica el primer paso será pedir ayuda y posicionar al paciente:

- En decúbito supino con el cabezal de la cama a 30º si predomina la dificultad respiratoria.
- Tumbado completamente con las piernas levantadas si predomina la hipotensión.

El paciente debe ser monitorizado lo antes posible **sin que ello retrase el inicio del tratamiento** y, de ser posible, retirar el potencial alérgeno implicado (parar perfusión de medicamento, retirar aguijón, retirar restos de comida de la boca/piel, evitar látex si alergia conocida a éste, etc.).

Hay que administrar oxígeno de forma precoz para mantener una SatO<sub>2</sub> > 95%. Utilizar mascarillas tipo Venturi a alto flujo, o mascarillas reservorio (FiO<sub>2</sub> 50-100% y 10-15 L/min).

Debe prepararse inmediatamente la **adrenalina**, que es el fármaco de elección. El retraso en su administración eleva el riesgo de mortalidad.

Debe administrarse de forma **intramuscular** (vía de elección) a dosis de **0,01 mg/kg** en la cara anterolateral del **muslo** (máximo 0,3 mg en menores de 12 años y 0,5 mg en mayores de 12). Debe cargarse directamente del vial de adrenalina 1:1000 y administrarse sin diluir (0,01 mg/kg equivale a 0,01 ml/kg). Aproximadamente 0,1 ml por cada 10 kg. Si peso desconocido, administrar: en <6 meses: 0,1-0,15 ml; 6 meses-6 años: 0,15 ml; 6-12 años: 0,3 ml y >12 años: 0,5 ml.

Puede repetirse su administración si no hay respuesta, **cada 5-10 minutos**. Si no hay respuesta tras 2 dosis de adrenalina IM y un bolo de SSF a 10 mg/kg, avisar a UCI-P y valorar conjuntamente el inicio de una perfusión continua de noradrenalina o adrenalina intravenosa. Mientras se prepara la perfusión, repetir la dosis de adrenalina IM cada 5 minutos.

La anafilaxia es una causa infrecuente de parada cardiorrespiratoria potencialmente reversible cuyo tratamiento va a consistir en un soporte vital básico y avanzado. Si se produce un paro cardíaco, la absorción de adrenalina por vía intramuscular es limitada, por lo que los esfuerzos han de ir dirigidos a las maniobras de RCP.

Los pacientes que estén en tratamiento con **betabloqueantes** pueden ser resistentes al tratamiento con adrenalina, y en estos casos estaría indicado el tratamiento con glucagón: dosis de 20-30 mcg/kg (máximo 1 mg) en bolo IV seguido de una infusión a ritmo de 5-15 mcg/min, titulando según la respuesta.

### Tratamiento ADYUVANTE

- Corticoesteroides iv: útiles para prevenir o acortar reacciones prolongadas (no tienen efecto inmediato). Pueden utilizarse la metilprednisolona (1-2 mg/kg; máx. 60 mg) o la hidrocortisona (10-20 mg/kg; máx. 500 mg).
- Antihistamínicos: para controlar síntomas cutáneos, el prurito y el angioedema. El único disponible por vía parenteral es la dexclorfeniramina (dosis de 0,15 mg/kg; máx. 5 mg).
- Broncodilatadores: en caso de asociar una crisis de broncoespasmo. Utilizar salbutamol nebulizado a dosis de 0,15 mg/kg; máx. 5 mg). Se debe diluir en 2-3 ml de SSF y administrar a flujo alto (> 8 lpm).
- Adrenalina nebulizada: si existe importante estridor laríngeo o el paciente va a requerir ser intubado. Administrar a dosis de 0,5 ml/kg (máx. 5 ml) de la solución 1:1000.
- Expansión de volemia: en caso de asociar hipotensión arterial se recomienda iniciar con un bolo de SSF a 10 ml/kg. Si sigue presentando hipotensión, avisar a UCI-P y preparar perfusión de fármacos vasoactivos (noradrenalina de primera elección).

### Observación vs ingreso.

Debe valorarse observación ante la posibilidad de una reacción bifásica (*recurrencia de los síntomas tras resolución del episodio inicial de anafilaxia sin una nueva exposición al alérgeno; más frecuente si administración tardía de adrenalina*) en los casos leves durante 4 horas y hasta 24 horas en los graves.

**Requerirán ingreso** los pacientes que hayan necesitado **dos o más dosis de adrenalina + tratamiento adyuvante** (oxígeno, broncodilatadores, soporte inotrópico, etc), que tengan **patología grave asociada**, o cuya familia no sea fiable. **Siempre a criterio del clínico.**

Tras un cuadro de anafilaxia se debe derivar de forma preferente a Consultas Externas de Alergia Infantil y avisar a la mañana siguiente al adjunto responsable de la consulta.

***Para ampliar información, consultar el protocolo del Servicio de febrero de 2019 (Dra. Palao).***

**Recomendaciones al alta de UPED:**

- Acudir de nuevo a urgencias si se reinician los síntomas.
- Mantener tratamiento con antihistamínico y corticoide oral entre 3 y 5 días.
- Plan de acción ante una reacción futura que incluya la evitación del alérgeno si se conoce o se sospecha.
- Prescripción y educación del autoinyector de adrenalina. Informar de que habrá de acudir a consulta externa de Alergología Infantil.

Pediatría Hospital Clínico Valencia

## Bibliografía:

- López-Herce Cid J, Calvo Rey C, Rey Galán C, Rodríguez Núñez A. *Manual de Cuidados Intensivos Pediátricos 5ª edición*. Publimed Madrid 2019.
- *Guía de actuación en anafilaxia: GALAXIA 2022*. Fundación SEAIC.
- *Protocolo de anafilaxia en Pediatría*. Hospital Clínico Universitario de Valencia. 2019.
- *Emergency treatment of anaphylaxis, Guidelines for healthcare providers*. Working Group of Resuscitation Council UK. May 2021.
- Muraro A, Worm M, Alviani C, Cardona V, DunnGalvin A, Garvey LH. (2021). *EAACI guideline: Anaphylaxis (2021 update)*. *Allergy*. doi:10.1111/all.15032
- Frith K, Smith J, Joshi P, Ford KS, Vale S. *Updated anaphylaxis guidelines: management in infants and children*. *Aust Prescr* 2021; 44:91-5. <https://doi.org/10.18773/austprescr.2021.016>
- Brown SG. *Clinical features and severity grading of anaphylaxis*. *J Allergy Clin Immunol*. 2004 Aug;114(2):371-6. doi: 10.1016/j.jaci.2004.04.029. PMID: 15316518.