

ANAFILAXIA

Manuel Praena Crespo

María Teresa Guerra Pérez

Conflicto de intereses

Los autores declaran la ausencia de conflicto de interés en relación con la presente actividad

Anafilaxia

Definición

La European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI) define la anafilaxia como una reacción de hipersensibilidad generalizada o sistémica, grave que amenaza la vida.

Anafilaxia es una reacción alérgica grave de instauración rápida y potencialmente mortal

Anafilaxia



Simon S et al. World Allergy Organization Journal 2014, 7:2
<http://www.waojournal.org/content/7/1/2>



Consensus Document
Open Access
International consensus on (ICON) anaphylaxis

Di
An
No
di

AFECTACIÓN DE DOS O MÁS ÓRGANOS O SISTEMAS



- > [Qué ofrecemos](#)
- ▼ [Búsquedas](#)
 - > [Buscadores](#)
 - > [Temas](#)
 - > [Enfermedades](#)
 - > [Perfiles](#)
 - > [Multimedia](#)
- > [Quiénes somos](#)

Acceso miembros

Acceso

Contraseña

[¿Qué hacer para ser miembro?](#)

[¿Olvidó su contraseña?](#)

Administración de Contenido | Dinámico

Guías de Práctica Clínica

DESCRIPCIÓN	ENTIDADES	VERSIONES	DESCRIPTORES	CONTACTO
-------------	-----------	-----------	--------------	----------

Descripción

Título: GALAXIA: GUÍA DE ACTUACIÓN EN ANAFILAXIA

Entidad(es) elaboradora(s): Equipo elaborador de la GPC

Autores: Victòria Cardona Dahl, Nieves Cabañes Higuero, Tomás Chivato Pérez, Pedro Guardia Martínez, María Montserrat Fernández Rivas, Concepción Freijó Martín, Belén de la Hoz Caballer, Teófilo Lobera Labairu, Santiago Nevot Falcó, Cristina Pascual Marcos, Arantza Vega Castro, Pedro Villaruel González.

Objetivos: Desarrollar una guía de manejo práctico de la anafilaxia en España

Condición: La anafilaxia es una reacción alérgica grave de instauración rápida y potencialmente mortal. Suele manifestarse con síntomas cutáneos como urticaria y angioedema, junto con la afectación de otros sistemas como el respiratorio, cardiovascular o digestivo. La guía cubre el manejo práctico de la anafilaxia en España, con el deseo de que ocupe un lugar destacado en los protocolos de atención médica en servicios de urgencia y emergencia, en atención hospitalaria y extra hospitalaria (centros de salud, centros de especialidades, medicina rural, etc.) tanto para el personal médico como de enfermería.

Situación: Caducada

Nº ID: 467

Fecha de 1ª edición: 01/10/2009

Fecha de edición: 01/10/2009

Fecha de caducidad: 30/09/2014

Programa de GPC: No

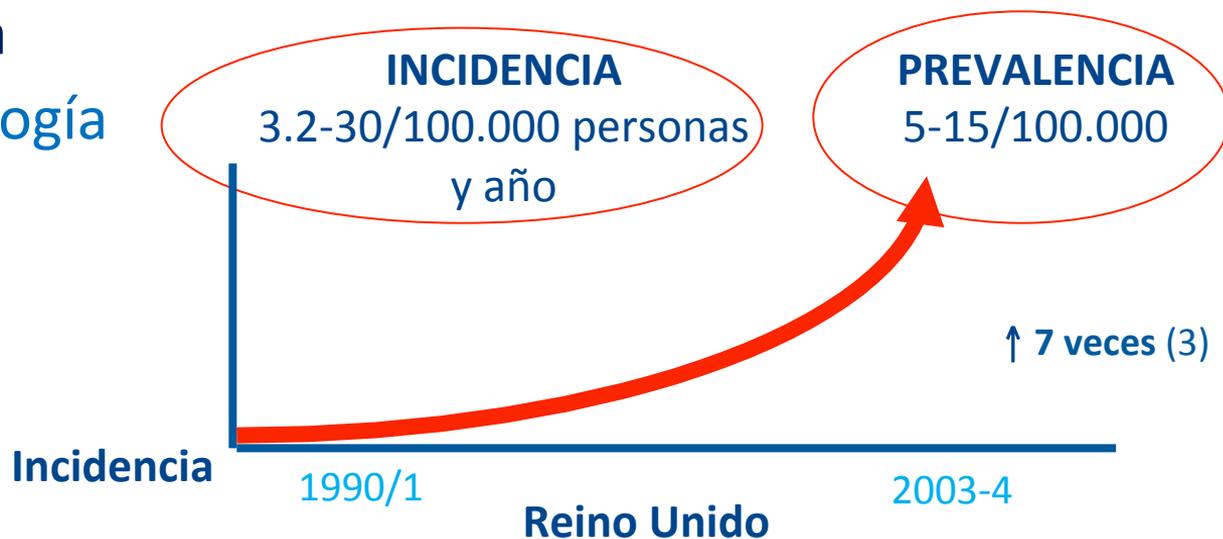
Material para pacientes: No tiene,

Participación de pacientes en la elaboración de GPC: No

Revisión de la GPC con pacientes: No

Anafilaxia

Epidemiología



MORTALIDAD
0.05% -2% del total de reacciones
Shock anafiláctico 6,5%
EEUU: 100.000 episodios/año, y al menos 1 es mortal

Anafilaxia

Causas

	Adultos	Niños	Series españolas (Incluye población pediátrica)
Medicamentos, medios diagnósticos	18,1-62%	14-15%	46,7-62%
Alimentos	10.1% - 35%	57% - 73.1%	22.6% - 24.1%
Picadura insectos	8.6% - 58.8%	12%	8.6% - 13.9%
Otros	1% - 15%	1%	7.26% (Incluye anafilaxia por látex)

Fármacos: β -lactámicos, AINES, otros antiinfecciosos y contrastes RX.

Etiología de anafilaxia en la infancia

- **Alimentos:** leche de vaca, huevo, frutos secos, legumbres, marisco, frutas.
- **Fármacos:** antibióticos (betalactámicos), AINES, anestésicos.
- **Picaduras de himenópteros:** abejas, avispas.
- **Látex.**
- **Ejercicio.**
- **Inmunoterapia:** extractos alergénicos.
- **Inducción de tolerancia oral (ITO).**
- **Vacunas.**
- **Medios de contraste radiológicos.**
- **Idiopática.**

Modificado de Echeverría Zudaire

CAUSAS

Europa	USA
Leche huevo frutos secos y marisco	Cacahuete
NIÑOS < 2 años	Niños > 2 años
Leche	Huevo

Lugares de presentación

- 57 % hogar
- 21 % aire libre
- 5% restaurantes
- 3% consulta medica
- 4% hospitales
- 1% escuela

J.Allergy Clin Immunol.2008

Criterios Clínicos para el diagnóstico de la anafilaxia



Síntomas mucocutáneos

Síntomas respiratorios



Síntomas digestivos



Síntomas cardiovasculares



Criterios Clínicos para el diagnóstico de la anafilaxia

Generalmente la piel está implicada, “criterio 1”:

Inicio agudo de síndrome: **piel y/o mucosas** (urticaria generalizada, prurito, eritema, sofoco, edema labios, úvula o lengua)

+

- a. Compromiso respiratorio (disnea, sibilancias, estridor, hipoxemia)
- b. Disminución de la TA o síntomas asociados de disfunción orgánica (hipotonía, incontinencia)

Criterios Clínicos para el diagnóstico de la anafilaxia

A veces no hay síntomas cutáneos tan claros, “criterio 2”:

Aparición rápida de **dos o más** de los siguientes síntomas tras la exposición a un alérgeno potencial:

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

Criterios Clínicos para el diagnóstico de la anafilaxia

En algunos casos aparecen directamente los síntomas más graves, “criterio 3”:

Disminución de la TA en minutos o algunas horas tras la exposición a un alérgeno conocido para un paciente concreto

Lactantes y niños: Descenso superior al 30% TAS*
según edades

Adultos: TAS inferior 90 mm Hg ó < 30% de la basal

Criterios Clínicos para el diagnóstico de la anafilaxia

1. Establecimiento agudo (de minutos a varias horas) con afectación de piel y/o mucosas (habones, prurito, eritema, edema de labios-lengua-úvula)
Y al menos uno de los siguientes.
 - a. Afectación respiratoria (disnea, estridor, broncoespasmo, hipoxia)
 - b. Afectación cardiovascular (hipotensión, colapso)

MANIFESTACIONES CUTANEAS 80%

2. Dos ó más de los siguientes criterios que tienen lugar rápidamente tras la exposición a un probable alérgeno para el paciente (de minutos a horas)
 - a. Afectación de piel o mucosas (habones, picor, eritema, edema)
 - b. Afectación respiratoria (disnea, estridor, broncoespasmo, hipoxia)
 - c. Afectación cardiovascular (hipotensión, colapso)
 - d. Síntomas digestivos persistentes (dolor abdominal cólico, vómitos)

20% SIN MANIFESTACIONES CUTANEAS

3. Hipotensión tras exposición a un alérgeno conocido para el paciente (de minutos a horas).

CLINICA

Los signos y síntomas de anafilaxia aparecen en las **2 primeras horas** de la exposición al alérgeno, generalmente en los primeros **30 minutos** en caso de **alergia alimentaria**, y más **precozmente** en caso de medicamentos **intravenosos o picaduras** de himenópteros.

El **prurito palmo plantar**, del **cuero cabelludo** y de los **pabellones auriculares** puede ser un signo incipiente de anafilaxia. Algunos pacientes refieren tener la sensación de “muerte inminente”.

Si la causa mas frecuente de anafilaxia son los alimentos en la edad pediátrica

¿Que podemos hacer ?

Tratamiento

- 1.- Dieta de exclusión para que alcancen tolerancia inmunitaria
- 2.- Tratamientos alérgeno-específicos:

Desensibilización oral específica o
inmunoterapia oral específica

Tanto en el curso de un tratamiento con dieta como en tratamiento con SOTI

Riesgo de anafilaxia



Evolución : pronóstico

No todos los alérgicos a alimentos alcanzan la tolerancia con dieta de exclusión

Índice de mal pronóstico cuando persiste reactividad clínica:

A los 5 años en la alergia a leche de vaca.

A los 9 años en la alergia al huevo.

A los 10 años en la alergia a leguminosas y/o frutos secos.

A los 12 años en la alergia al pescado

Anafilaxia

ADRENALINA

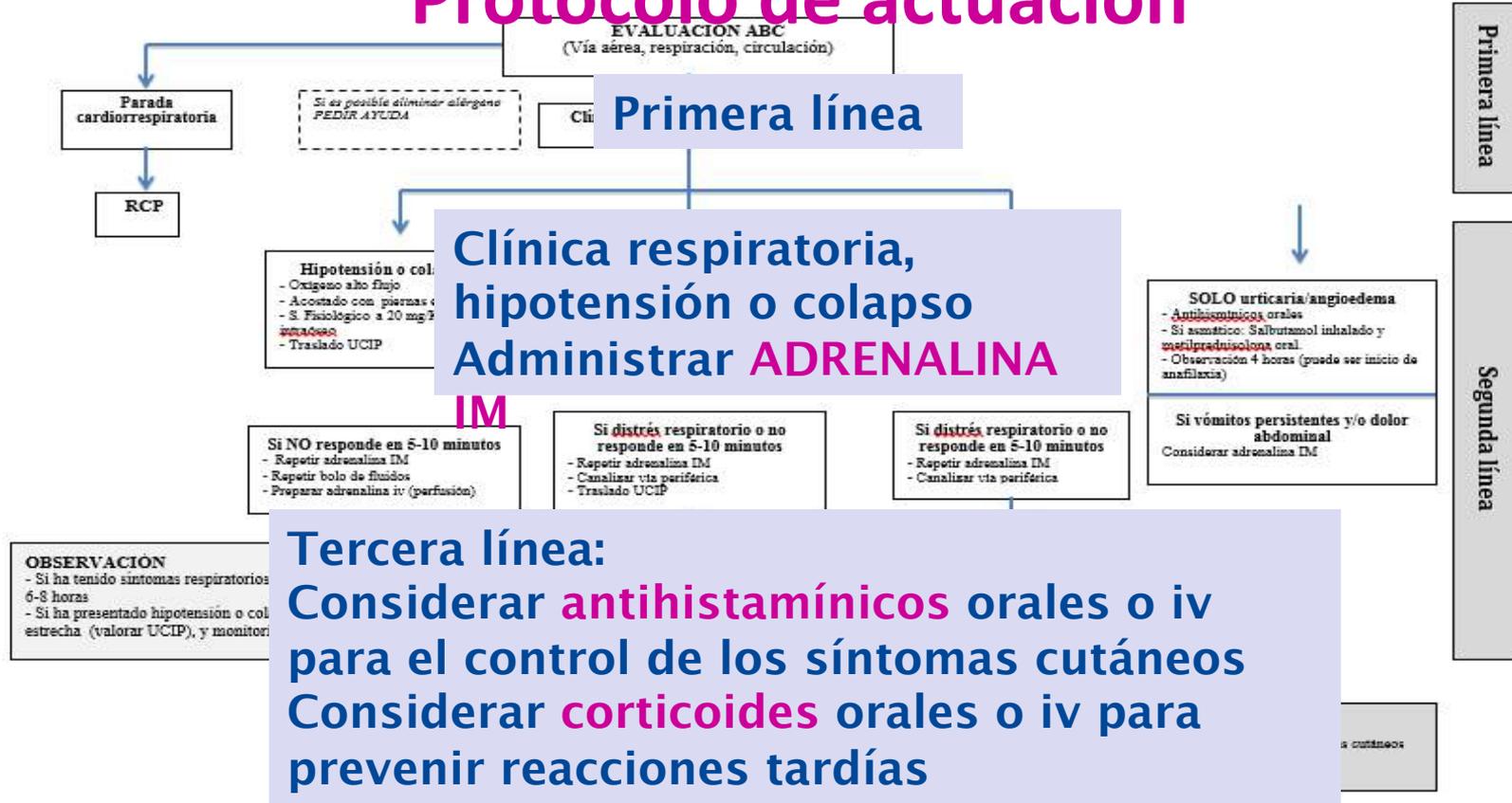
ADRENALINA IM

- ✓ Tratamiento de **primera elección** en una anafilaxia.
- ✓ **No** existen **contraindicaciones** para su uso en el niño dentro de una urgencia por anafilaxia.
- ✓ Debe instaurarse ante **sospecha** por cumplir **criterios diagnóstico** o incluso en niños que sin cumplir estrictamente criterios tengan **historia previa de anafilaxia**.
- ✓ Se debe administrar en la **parte externa del muslo** (vasto externo)

ADRENALINA IM

- ✓ Tratamiento de **primera elección** en una anafilaxia.
- ✓ **No** existen **contraindicaciones** para su uso en el niño dentro de una urgencia por anafilaxia.
- ✓ Debe instaurarse ante **sospecha** por cumplir **criterios diagnóstico** o incluso en niños que sin cumplir estrictamente criterios tengan **historia previa de anafilaxia**.
- ✓ Se debe administrar en la **parte externa del muslo** (vasto externo)

Protocolo de actuación



Algoritmo de tratamiento

MEDIO EXTRAHOSPITALARIO

ADRENALINA INTRAMUSCULAR AUTOINYECTABLE (muslo) 0,15/0,3 mg según peso



Solicitar ayuda (Tel. 112)

Eliminar exposición al alérgeno (medicamentos, alimentos, picaduras)

Adoptar posición de Trendelenburg

Si no mejoría repetir la dosis de adrenalina a los 5-15 min.

Tratamiento

Adrenalina

VENTAJAS DE ADRENALINA IM SOBRE SC

Adrenalina intramusvc.

Adrenalina subcutánea

Intramuscular epinephrine (Epipen®)

8 ±2 minutes

Subcutaneous epinephrine

34 ±14 (5-120) minutes
p < 0.05

5 10 15 20 25 30

Time to C_{max} after injection (minutes)

ADRENALINA IM

Dosis 0.01 mg / kg de peso
concentración 1:1000 (1mg=1ml)
dosis máx. de 0,3 mg puede repetirse 5 -10 minutos



Adrenalina Braun:
Ampolla de adrenalina 1/1000



Adrenalina Level
Jeringa precargada

Tratamiento

Adrenalina

Distintas presentaciones comercializadas:

Adrenalina Braun:

Ampolla de adrenalina 1/1000

Adrenalina Level

Jeringa precargada



¿Es la solución idónea en una situación de emergencia?

Tratamiento

Adrenalina



1. Extraer de la funda tanto jeringa como aguja



2. Poner la aguja en la jeringa



3. Purgar el aire de la jeringa



4. Dosificar el volumen adecuado



5. Quitarse la ropa



6. Administrar de forma intramuscular la dosis de adrenalina

Tratamiento

Adrenalina: autoinyectores



Distintas presentaciones comercializadas:

Altellus®:

0,15 mg 10-25 kg

0,30 mg >25 kg



Revisar fecha de caducidad y viraje de color, debe ser incoloro y sin precipitados.

Jext®

150 mcg 10-25 kg

300 mcg >25 kg



1. Schwirtz A. Comparison of the robustness and functionality of three adrenaline auto-injectors. Journal of Asthma and Allergy 2012;5 39-49

Indicaciones de los AIA...

...según el Position Paper de la EAACI para manejo de la anafilaxia en niños.

Absolutas

- Reacciones cardiovasculares o respiratorias previas por alimentos, picaduras de insectos, látex.
- Anafilaxia inducida por el ejercicio.
- Anafilaxia idiopática.
- Niños con alergia a alimentos y asma persistente concomitante.

Muraro A. The management of anaphylaxis in childhood: position paper of the European academy of allergology and clinical immunology. *Allergy* 2007; 62: 857–871



Indicaciones de los AIA...

...según el Position Paper de la EAACI para manejo de la anafilaxia en niños.

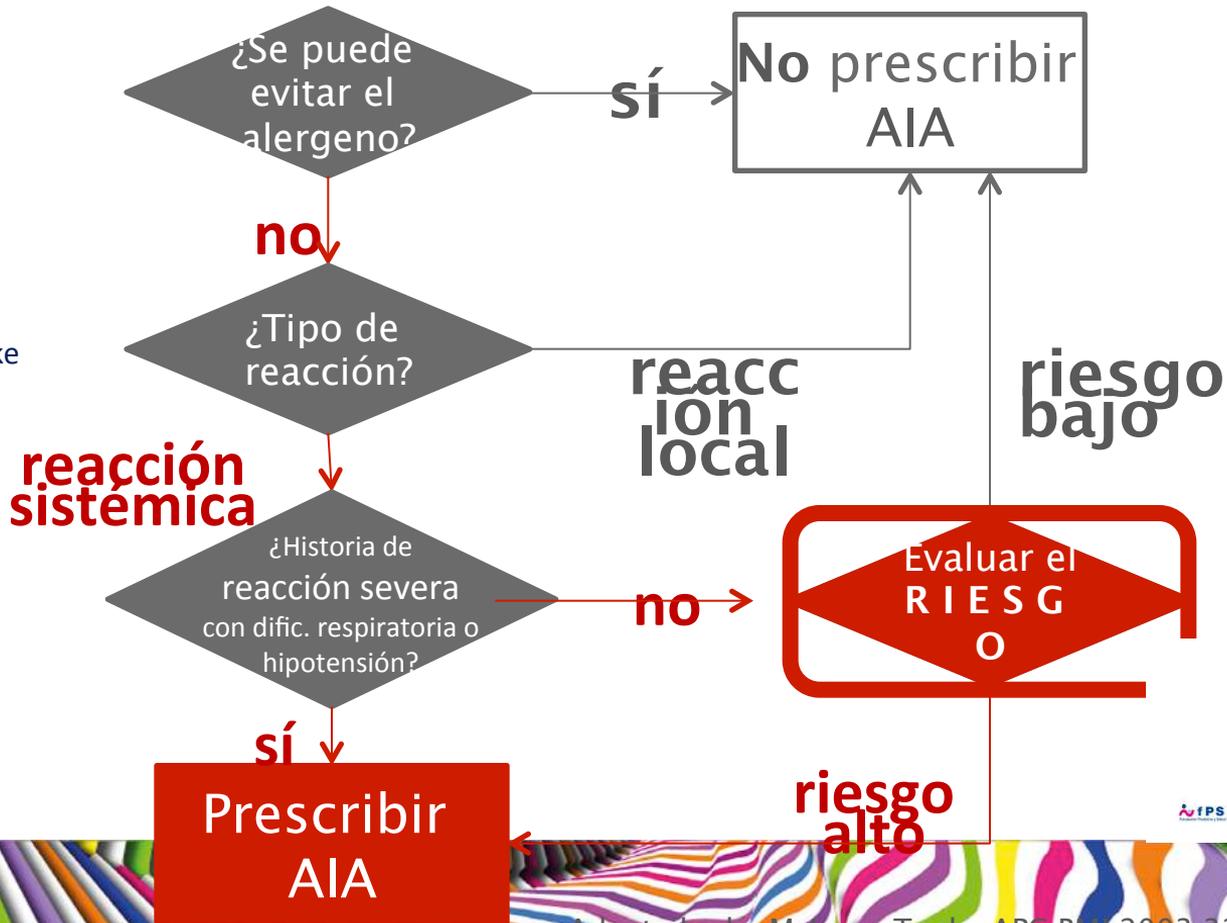
Relativas

- Cualquier reacción a una pequeña cantidad de alimento (por ejemplo contacto sólo por vía cutánea o alergia alimentaria a alérgenos ambientales).
- Historia de reacciones leves previas por cacahuete o frutos secos.
- Asistencia médica lejana de la vivienda habitual.
- Reacción alérgica a alimentos en un adolescente .

Muraro A. The management of anaphylaxis in childhood: position paper of the European academy of allergology and clinical immunology. Allergy 2007; 62: 857–871



¿Qué niños deben llevar un AIA?



Adaptado de McLean-Tooke APC.BMJ 2003;327:1332-5.

¿Cómo evaluamos el riesgo?

...las publicaciones sugieren una serie de pacientes a los que hay que prestar mayor atención:

- pacientes con asma mal controlado,
- pacientes que reaccionan con cantidades muy pequeñas,
- alérgicos a determinados alimentos,
- personas con difícil acceso a la asistencia sanitaria,
- aquejados de mastocitosis,
- con altos niveles de IgE total,
- pacientes con dermatitis atópica,
- niños por debajo de 5 años y adolescentes

Perino A. Use of adrenaline in allergy. Eur Ann Allergy Clin Immunol 2008;40(2):35-52

Educación del paciente

Programa Alerta Escolar Balear

VIDEO ANAFILAXIA

[https://youtu.be/ea9kPsHBv_s?
list=PLZRIBqGGV8hb6NEooIH4B_birUCyU6--s](https://youtu.be/ea9kPsHBv_s?list=PLZRIBqGGV8hb6NEooIH4B_birUCyU6--s)

PROGRAMA ALERTA ESCOLAR BALEAR

¿Qué es el Programa Alerta Escolar Balear?

Es un Programa que quiere facilitar la atención inmediata y atender a los alumnos con patologías que tienen una patología crónica que puede llegar a una urgencia vital en un momento dado. Este programa prevé la formación específica adecuada para el personal del centro educativo.

¿Cuáles son estas patologías?

Alergia alimentaria, al látex y/o picaduras (xenofobia)
Crisis epilépticas
Diabetes/hipoglucemias
Cardiopatías complejas
Crisis asmática grave



¿Qué pasa después?

- Urgencias contactan del 061 contactado con el centro para confirmar el registro.
- En caso de que exista la necesidad de realización en el centro educativo la familia la realice y el centro lo apoyará.

¿Qué hacer en casa de que algún alumno entre en una situación de riesgo vital?

1. Llamar al 061 y comunicar el estado de salud del alumno afectado. Se está consciente, si tiene alabacitas respiratorias o cualquier otro síntoma.
2. El personal sanitario del 061 va inicialmente al centro a controlar al alumno afectado por el tiempo del envío del recurso médico y el tiempo que tardará en llegar al centro.

ORGANIZA:

 Govern de les Illes Balears

PROGRAMA ALERTA ESCOLAR BALEAR



FEIM DE L'ESCOLA

Educación del paciente

Mejorar concienciación

BLANCANIEVES Y EL PRINCIPE ADRENALIN

<https://youtu.be/L2h-8pALcfY>



Formación en el manejo del autoinyector

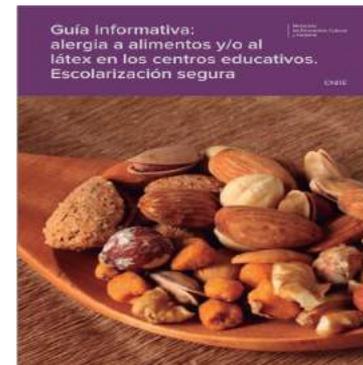
- **Altellus[®]:**

<http://www.epipen.com/how-to-use-epipen>

- **Jext[®]:**

<http://www.jext.co.uk/jext-video-demonstrations.aspx>

<https://sede.educacion.gob.es/publivena/detalle.action?cod=16159>



Tratamiento adyuvante

2. **Broncodilatadores inhalados**
3. **Antihistamínico** vía oral (Cetirizina 0.2mg mg/kg / día)
4. **Corticoide** vía oral (prednisona o prednisolona a 1 mg/kg)

Derivar a servicio de **urgencias** hospitalario (más próximo).

Tratamiento: otras medidas

OBSERVACIÓN

-Si ha tenido síntomas respiratorios: vigilancia hospitalaria durante **6-8 horas**

-Si ha presentado hipotensión o colapso: vigilancia hospitalaria estrecha (valorar UCIP), y monitorización durante **24 horas**

Anafilaxia Bifásica 20%

Identificación niños de riesgo

- 1. Niños alérgicos con asma
- 2. Alérgicos a frutos secos
- 3. Niños con antecedentes de un episodio de anafilaxia
- 4. Síntomas tras la exposición a mínimas cantidades de alimento como tras un beso, tras contacto, tras inhalación del alérgeno en aerosol
- 5. Alta sensibilización
- 6. Lejanía de un centro sanitario



7. Adolescentes

Recomendaciones al alta

- 1.- Informar sobre cómo **reconocer** la anafilaxia.
- 2.- Aconsejar acudir de nuevo a **urgencias** si se **reinician** los síntomas.
- 3.- Tratamiento pautado: **antihistamínicos y corticoides** orales 3 días.
- 4.- Dar normas de **evitación del agente desencadenante** o sospechoso por escrito.
- 5.- **Plan de acción** por escrito.

- 6.-Prescribir si esta indicado **autoinyectable de adrenalina** (2 AIA como mínimo).
- 7.-Derivar a **Alergia pediátrica** para estudio y seguimiento
- 8.-Llevar siempre **identificación de riesgo de anafilaxia y desencadenantes posibles**

Partes implicadas en el manejo

- **Paciente y familiares** deben ser conscientes de los alimentos o medicamentos que debe evitar.
- **Especialista** debe realizar un diagnóstico y explicar el riesgo de reacción anafiláctica, así como su tratamiento.
- **Pediatra de atención primaria** debe hacer un seguimiento y remitir a especialista ante sospecha de implicación de otro alimento, así como pautar y enseñar el manejo de los autoinyectables.
- **El personal del colegio y cuidadores** debe ser conocedor de las alergias del niño y los alimentos a evitar, así como estar instruido en el modo de administrar la medicación indicada.

¿Con que contamos?

- Programa alerta escolar Galicia
- Programa Alerta escolar Balear
- Programa Aire Andalucía

¿en que consisten?

- Base de **datos donde** se almacenan historias clínicas de los pacientes que hayan solicitado pertenecer al programa por recomendación de su medico de familia , pediatra, neumólogo, alergólogo, o medico responsable del paciente
- Así los servicios de Urgencias Y Emergencias del Sistema Sanitario Publico de Salud podrán **agilizar su respuesta** en caso de ser necesaria su intervención .



Casos Clínicos

María Teresa Guerra Pérez

Juan Carlos Juliá Benito

Manuel Praena Crespo

Carlos Sánchez-Salguero

Javier Torres Borrego