



PROTOCOLO MANEJO CLINICO DE ANAFILAXIA

Anafilaxia: Es una reacción alérgica grave de instauración rápida y potencialmente mortal. La mayoría de los episodios acontecen en los primeros 10 minutos que siguen a la administración, pero 30 minutos es el intervalo más seguro de observación post vacunación.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

1. Piel/mucosas + 1 (respiratorio o cardiovascular) Inicio agudo de lesiones en piel o mucosas (por ejemplo, urticaria generalizada, prurito, eritema, flushing o sofoco, edema de labios, úvula o lengua, junto con al menos uno de los siguientes:
 - a. Compromiso respiratorio (por ejemplo, disnea, sibilancias, estridor, disminución del pico flujo espiratorio, hipoxemia)
 - b. Descenso de la presión arterial o síntomas asociados de disfunción orgánica (por ejemplo, hipotonía, síncope, incontinencia)
2. Dos o más de las siguientes manifestaciones, que se presentan poco tiempo después del contacto con el alérgeno sospechado (en algunos casos en minutos u horas):
 - a. Afectación de piel o mucosas
 - b. Compromiso respiratorio
 - c. Descenso de la presión arterial o síntomas asociados de disfunción orgánica
 - d. Síntomas gastrointestinales persistentes (por ejemplo, dolor abdominal cólico, vómitos)
3. Hipotensión tras alérgeno conocido. Descenso de la presión arterial en minutos o algunas horas tras la exposición a un alérgeno conocido para ese paciente:
 - a. Lactantes y niños: presión arterial baja o descenso superior al 30 % de la sistólica
 - b. Adultos: presión arterial sistólica inferior a 90 mmHg o descenso superior al 30 % respecto a la basal.



Tratamiento

La **adrenalina** intramuscular es el tratamiento de elección y debe administrarse precozmente. Dosis: 0,01 mg/Kp (solución 1 mg/ml [0,1 %, 1:1000] hasta 0,5 ml en la parte lateral del muslo. La dosis puede repetirse cada 5-15 min.

No administrar vía subcutánea.

Los **antihistamínicos** solo son útiles para mejorar los síntomas de prurito y la urticaria (Clorfeniramina)

El uso de glucocorticoides es poco útil para el tratamiento de la fase aguda del shock anafiláctico, pero puede prevenir la fase tardía de la anafilaxia. Los **corticoides** se han utilizado clásicamente por su efecto teórico en las reacciones bifásicas (presentes en el 4,6 % de los casos). El uso de corticoides es poco útil para el tratamiento de la fase aguda del shock anafiláctico, pero puede prevenir la fase tardía de la anafilaxia. **No utilizar corticoides en lugar de la adrenalina como fármaco de primera línea.** Administrar por máx. 3 días iv. (p. ej. metilprednisolona 1-2 mg/kg, luego 1 mg/kg/d, o hidrocortisona 200-400 mg, luego 100 mg cada 6 h).

Administrar un **broncodilatador** si el espasmo de los bronquios no cede después de la administración de la adrenalina: β -mimético de corta duración (p. ej. salbutamol en inhalador). En caso de necesidad, las inhalaciones se pueden repetir según respuesta del paciente.

En pacientes con presión arterial sistólica <90 mm Hg a pesar de administrar adrenalina IM y de perfundir fluidos → considerar el uso de un medicamento **vasoconstrictor** (noradrenalina) en infusión continua EV.

La **adrenalina** intramuscular es el tratamiento de elección