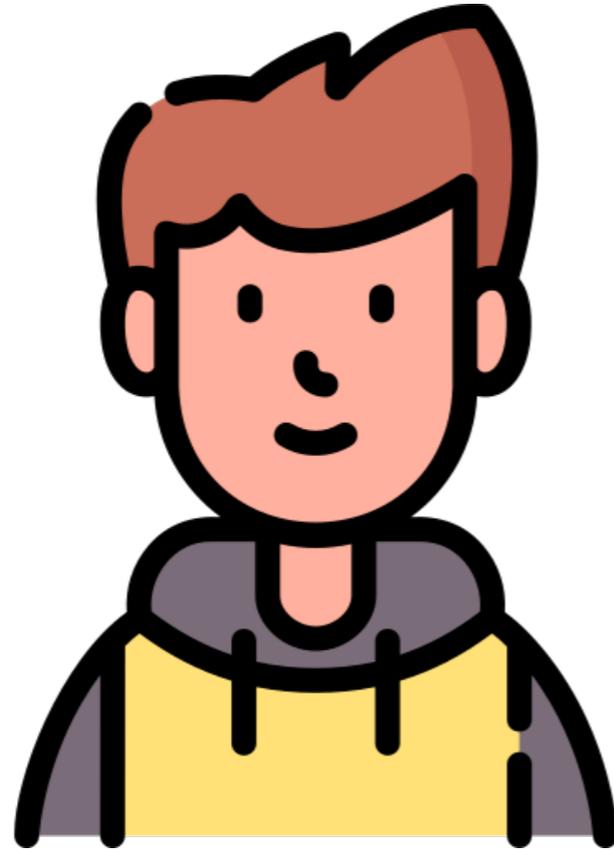


ANAFILAXIA

Reacción alérgica grave de inicio rápido y que puede causar la muerte

**Afecta a piel y/o mucosas + otro órgano
(respiratorio, cardiovascular o digestivo)**

**Hipotensión o broncoespasmo tras exposición a un alérgeno
potencial o conocido, con o sin afectación cutánea**



**Paciente varón
15 años**

AP: alergia a cacahuete y nuez

Dificultad respiratoria

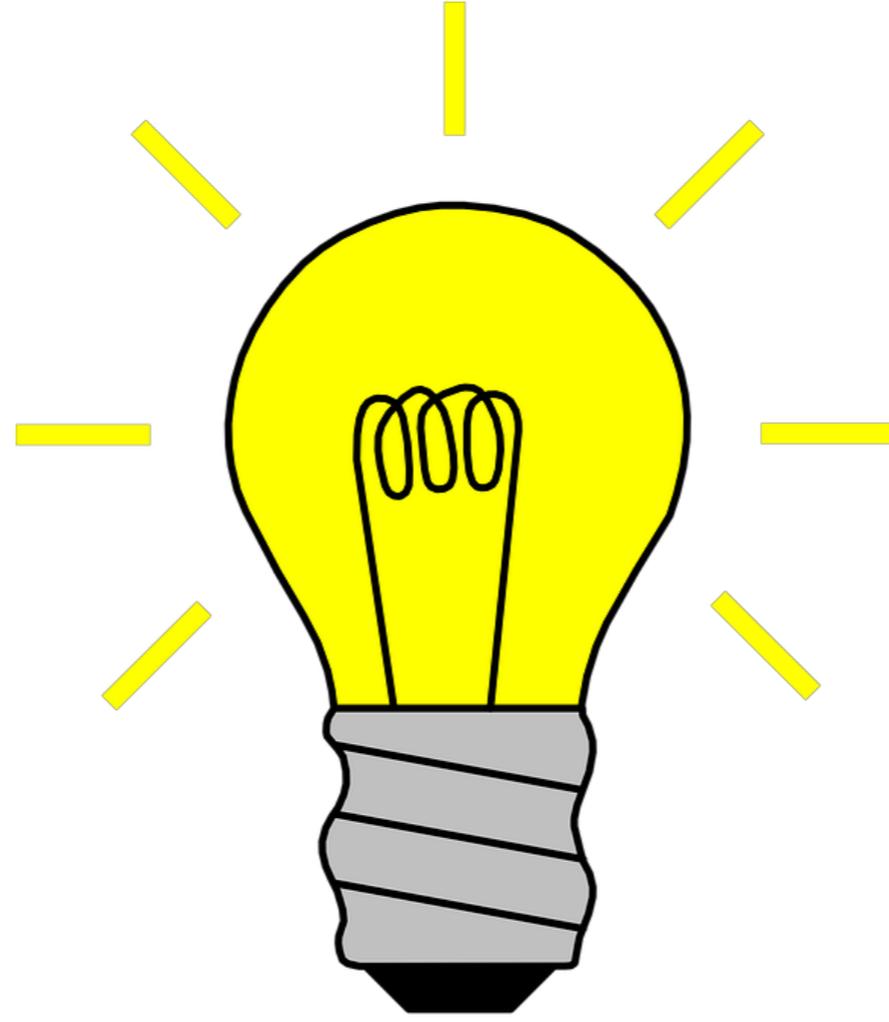
**TA 120/80, FC 90
Saturación O₂ 88%
Afebril**

**AC: rítmico, sin soplos
AP: sibilancias generalizadas
(audibles sin fonendo)**

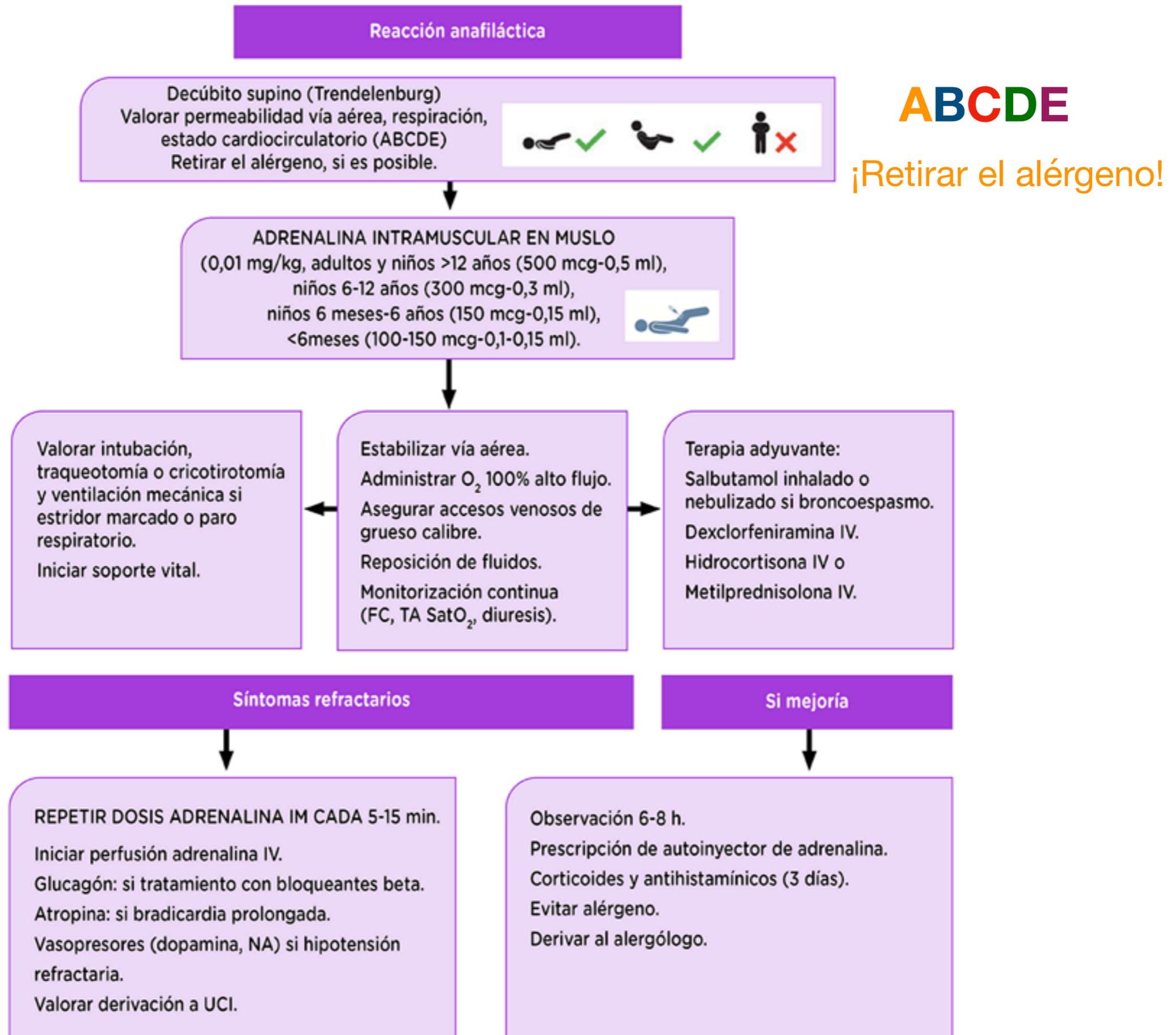




**Habones
pruriginosos
generalizados**



ANAFILAXIA





A. Dificultad respiratoria alta

B. Dificultad respiratoria baja

C. Hipotensión

D. Desorientación, mareo

E. Signos en piel y/o mucosas (eritema, prurito, edema, habones)

ABCDE

¡Retirar el alérgeno!



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 O₂ 100% alto flujo.
Asegurar accesos venosos de
grueso calibre.
Reposición de fluidos.
Monitorización continua
(FC, TA SatO₂, diuresis).

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



ABCDE

¡Retirar el alérgeno!



ADRENALINA IM

en cara lateral del muslo

Dosis recomendada por peso	
0,01 mg/kg hasta una dosis máxima de 0,5 mg.	Se recomienda utilizar adrenalina a 1 mg/ml (1:1000) 0,01 mg/kg = 0,01 ml/kg
Aproximación de dosis por edad (en caso de peso desconocido)	
Niños de 1 a 5 años	0,15 mg = 0,15 ml
Niños de 6 a 12 años	0,3 mg = 0,3 ml
Adolescentes y adultos	0,5 mg = 0,5 ml

Puede repetirse cada 5-15 minutos según gravedad y tolerancia

ABCDE

¡Retirar el alérgeno!

ADRENALINA IM

en cara lateral del muslo

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

Iniciar soporte vital.

Estabilizar vía aérea.
Administrar O₂ 100% alto flujo.
Asegurar accesos venosos de
grosso calibre.
Reposición de fluidos.
Monitorización continua
(FC, TA SatO₂, diuresis).

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

ABCDE

¡Retirar el alérgeno!

ADRENALINA IM

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

Estabilizar vía aérea.
Administrar O₂ 100% alto flujo.
Asegurar accesos venosos de
grueso calibre.
Reposición de fluidos.
Monitorización continua
(FC, TA SatO₂, diuresis).

Terapia adyuvante:

Salbutamol inhalado o
nebulizado si broncoespasmo.
Dexclorfeniramina IV.
Hidrocortisona IV o
Metilprednisolona IV.

ABCDE

¡Retirar el alérgeno!

ADRENALINA IM

Valorar intubación,
traqueotomía o cricotirotomía
y ventilación mecánica si
hay insuficiencia respiratoria grave.
Iniciar soporte vital.

Estabilizar vía aérea.
Administrar O₂ 100% alto flujo.
Reposición de fluidos.
Monitorización continua
(FC, TA SatO₂, diuresis).

Terapia adyuvante:

Salbutamol inhalado o
nebulizado si broncoespasmo.
Dexclorfeniramina IV.
Hidrocortisona IV o
Metilprednisolona IV.

NO antes que la ADRENALINA

- ▶ **SABA:** 2-10 inhalaciones o en nebulización
- ▶ **6-metilprednisolona (Urbason®, Solu-moderin®):** inicialmente 60–100 mg IV (1–2 mg/kg).
- ▶ **Dexclorfeniramina (Polaramine®):** 5 mg (1 ampolla) en inyección IM o IV lenta.



TA 60/40, FC 120
Saturación O2 98% con GN a 2 lpm

AC: rítmico, sin soplos
AP: mvc

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.



Autoinyectores de adrenalina

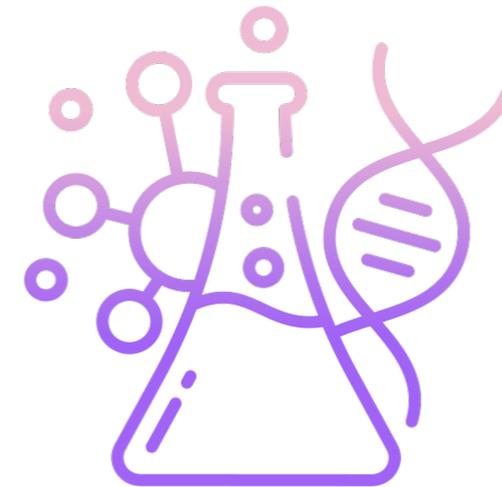


DOSIS:

- ▶ niños de 7,5 a 25 kg: 0,15 mg
- ▶ niños > 25 kg: 0,3 mg
- ▶ adultos > 30 kg: de 0,3 a 0,5 mg, según dosis aconsejada por peso (0,1 mg/10 kg) hasta 0,5 mg.

No están indicados en anafilaxia por **fármacos**

Triptasa



Extracción de un mínimo de tres muestras seriadas:

- ▶ 1ª: tras la instauración del tratamiento.
- ▶ 2ª: a las 2 horas del comienzo de la crisis.
- ▶ 3ª: a las 24 horas para tener un nivel basal del paciente

T2

Causas de anafilaxia

Medicamentos y medios diagnósticos	30,9-62%
Alimentos	22,6-34,2%
Picaduras de insectos (principalmente himenópteros)	8,6-14,9%
<i>Anisakis simplex</i>	11,3%
Otros (incluye látex)	7,3%
Factores físicos	3,4-4%
Idiopática	3,4-21,7%

Los alimentos con más frecuencia implicados son:

- En adultos: frutos secos, cacahuete, mariscos, pescados y frutas.
- En niños: huevo, leche, frutos secos, pescado y mariscos.



Los fármacos con más frecuencia implicados son: AINEs, betalactámicos, antibióticos no betalactámicos y medios de contraste radiológicos.



1

Adrenalina: fármaco más eficaz para el **tratamiento de la anafilaxia**; puede prevenir o revertir el broncoespasmo y el shock cardiovascular

2

El **éxito** del tratamiento de una reacción anafiláctica depende del **reconocimiento temprano** de la anafilaxia y del **tratamiento precoz y enérgico**.

3

Todo paciente que haya sufrido una anafilaxia, debe ser derivado al alergólogo para confirmar el desencadenante, realizar estudio completo y recibir tratamiento para prevenir nuevos episodios.

Con**clusion**

Gracias