

CONTROL DE MODIFICACIONES

| VERSIÓN | CAMBIOS RESPECTO DE LA VERSIÓN ANTERIOR |
|----------------|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| ELABORADO | REVISADO/APROBADO |
|--------------------------|--------------------------|
| Cristina Rivas Juesas | Comisión Calidad |
| Fecha: 02-02-2023 | Fecha: 14-09-23 |

Esta documentación pertenece a la **Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública, al Servicio de Pediatría del Hospital de Sagunto**, quedando expresamente prohibida su reproducción o copia sin el permiso expreso por escrito. Toda la documentación impresa no constituye copia controlada según la norma ISO 9001 siendo por tanto las últimas versiones válidas las disponibles en el repositorio documental.

| | | | |
|---|---|-------------------|-----------------------|
|  <p>DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO SERVICIO DE PEDIATRÍA</p> | <p>PT-78 Anafilaxia</p> | PT-78 | |
| | | 02/02/2023 | |
| | | V-01 | Página 2 de 18 |

1. **OBJETO**

Describir el manejo de la anafilaxia del paciente pediátrico en el Hospital de Sagunto.

2. **ALCANCE**

El alcance del proceso abarca desde la primera atención del paciente pediátrico con sospecha de anafilaxia, correcto manejo, criterios de alta hospitalaria y remisión al especialista de alergología pediátrica.

El procedimiento aplica al personal de enfermería y facultativos de Urgencias, del Servicio de Pediatría del Hospital de Sagunto y Consultas Externas, y los médicos/pediatras de Atención Primaria que atienden a estos niños.

3. **REFERENCIAS Y DEFINICIONES**

DEFINICIONES

La anafilaxia es una reacción sistémica que aparece de forma brusca y, clínicamente, se caracteriza por la asociación de síntomas que afectan simultáneamente a varios órganos, poniendo en peligro la vida del enfermo. Se trata de una reacción alérgica grave, de instauración rápida y potencialmente mortal. Por lo general, aunque no siempre, afecta a la piel y las mucosas.

REFERENCIAS

1. Muraro A, Worm M, Alviani C, Cardona V, DunnGalvin A, Garvey LH, Riggioni C, de Silva D, Angier E, Arasi S, Bellou A, Beyer K, Bijlhout D, Bilò MB, Bindslev-Jensen C, Brockow K, Fernandez-Rivas M, Halcken S, Jensen B, Khaleva E, Michaelis LJ, Oude Elberink HNG, Regent L, Sanchez A, Vlieg-Boerstra BJ, Roberts G; European Academy of Allergy and Clinical

Esta documentación pertenece a la **Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública, al Servicio de Pediatría del Hospital de Sagunto**, quedando expresamente prohibida su reproducción o copia sin el permiso expreso por escrito. Toda la documentación impresa no constituye copia controlada según la norma ISO 9001 siendo por tanto las últimas versiones válidas las disponibles en el repositorio documental.

| | | | |
|---|---|-------------------|-----------------------|
|  <p>DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO SERVICIO DE PEDIATRÍA</p> | <p>PT-78 Anafilaxia</p> | PT-78 | |
| | | 02/02/2023 | |
| | | V-01 | Página 3 de 18 |

Immunology, Food Allergy, Anaphylaxis Guidelines Group. EAACI guidelines: Anaphylaxis (2021 update). Allergy. 2022 Feb;77(2):357-377.

2. Juliá Benito JC, Álvarez Caro F. Anafilaxia en Pediatría. Protoc diagn ter pediatr. 2019;2:363-80.
3. De la Hoz B., Muñoz R., Grupo de Trabajo de la Guía Galaxia. Guía de actuación en anafilaxia: Guía Galaxia 2022.
4. Cardona V, Ansotegui IJ, Ebisawa M, El-Gamal Y, Fernandez Rivas M, Fineman S, Geller M, Gonzalez-Estrada A, Greenberger PA, Sanchez Borges M, Senna G, Sheikh A, Tanno LK, Thong BY, Turner PJ, Worm M. World allergy organization anaphylaxis guidance 2020. World Allergy Organ J. 2020 Oct 30;13(10):100472.
5. Olabarrí M. Anafilaxia en Urgencias. PROTOCOLOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP), 3ª Edición, 2019

4. **DESARROLLO**

4.1. **Epidemiología**

La prevalencia de la anafilaxia pediátrica es desconocida y probablemente esté subestimada, dado que los casos leves y moderados a veces no se diagnostican como anafilaxia. En la población general se estima una prevalencia del 0,05 al 2%, que parece estar incrementándose en los últimos años, con un aumento en los ingresos hospitalarios por anafilaxia en niños menores de 3-4 años, adolescentes y adultos jóvenes.

El análisis por grupos de edad, destacó una incidencia tres veces superior (313,58 casos) en los niños de 0 a 4 años, siendo especialmente elevada durante los dos primeros años de vida.

En urgencias se atiende aproximadamente 1 paciente con anafilaxia por cada 1.000 visitas. A pesar del aumento del número de casos de anafilaxia, la muerte sigue siendo muy infrecuente, por debajo del 1% de los casos, estando normalmente ligada a otras comorbilidades.

Esta documentación pertenece a la **Consellería de Sanitat Universal y Salut Pública, al Servicio de Pediatría del Hospital de Sagunto**, quedando expresamente prohibida su reproducción o copia sin el permiso expreso por escrito. Toda la documentación impresa no constituye copia controlada según la norma ISO 9001 siendo por tanto las últimas versiones válidas las disponibles en el repositorio documental.

| | | | |
|---|---|-------------------|-----------------------|
|  <p>DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO SERVICIO DE PEDIATRÍA</p> | <p>PT-78 Anafilaxia</p> | PT-78 | |
| | | 02/02/2023 | |
| | | V-01 | Página 4 de 18 |

4.2. Etiología

La reacción anafiláctica comienza en el momento en el que el individuo entra en contacto con el alérgeno. Así como en adultos los principales alérgenos son los fármacos, en pediatría la mayoría de las anafilaxias están producidas por alimentos. La leche es, junto al huevo, una de las principales causas de anafilaxia en los preescolares. A medida que aumenta la edad, la anafilaxia inducida por alimentos disminuye. Sin embargo, los frutos secos continúan produciendo un importante número de casos, siendo la nuez la principal causante de anafilaxia por alérgeno oculto en España . En menor porcentaje se encuentran pescados, mariscos, legumbres, frutas y cereales. A medida que nos acercamos a la adolescencia la distribución de los alérgenos se asemeja a la de los adultos, aumentando el número de casos provocados por insectos (avispas y abejas) y fármacos (antibióticos y antiinflamatorios).

Para desencadenar una anafilaxia, además del alérgeno, existen **cofactores** que pueden aumentar el riesgo de que esta ocurra o de que su gravedad sea mayor. Estos actúan como inductores de la reacción alérgica por mecanismos que se desconocen. Los más frecuentes son el ejercicio, el estrés emocional, los medicamentos, las infecciones, el alcohol o el estado premenstrual. Por consiguiente, un individuo que tolera adecuadamente un alimento puede desarrollar una reacción alérgica cuando la ingesta se asocia con un cofactor.

La anafilaxia por alimentos suele ocurrir habitualmente en la primera hora después del contacto con el alimento, normalmente por la ingestión de este de forma directa o inadvertida. También se han descrito reacciones retardadas (4-5 horas después de la ingesta). En estos casos suelen estar implicados cofactores como el ejercicio, o desencadenados por el parásito anisakis, o causados por la ingestión de carne roja, gelatinas o leche procedentes de mamíferos. Aunque poco frecuentes, se han descrito casos de anafilaxia por el contacto cutáneo con el alimento

| | | | |
|---|---|-------------------|-----------------------|
|  <p>DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO SERVICIO DE PEDIATRÍA</p> | <p>PT-78 Anafilaxia</p> | PT-78 | |
| | | 02/02/2023 | |
| | | V-01 | Página 5 de 18 |

desencadenante, así como por la inhalación de los vapores en su cocinado.

Los antibióticos betalactámicos y los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) son los fármacos más frecuentemente implicados, y entre ellos la amoxicilina, debido probablemente a su elevado consumo.

Las reacciones sistémicas por **inmunoterapia** específica suelen ocurrir en los primeros 20-30 minutos tras la administración y tienen más riesgo los pacientes con asma mal controlada. Las vacunas más frecuentemente implicadas son la triple vírica y la de influenza.

4.3. **Fisiopatología**

El mecanismo subyacente más frecuentemente relacionado con la anafilaxia es el mediado por inmunoglobulina E (IgE), aunque no es el único. Las reacciones mediadas por IgE se producen cuando el alérgeno es reconocido de forma específica por dicha inmunoglobulina, la cual está unida a su receptor de alta afinidad (FcεRI) situado en la superficie de las células efectoras. Cuando la señal es suficientemente potente, se produce la activación celular y la liberación de mediadores (triptasa, histamina, prostaglandinas...), estos últimos responsables de los síntomas de la anafilaxia. Los mastocitos se consideran las principales células efectoras de estas reacciones, aunque también se han implicado a los macrófagos y neutrófilos, frecuentemente en relación a mecanismos independientes de IgE.

Otros mecanismos implicados en las anafilaxias son aquellos dependientes de IgG y asociados a la liberación del Factor de Activación de Plaquetas (PAF), la activación del complemento y del sistema de coagulación, y del receptor MRGPRX2. Este último descrito en anafilaxias asociadas a diversos fármacos como los relajantes musculares y a través de un mecanismo independiente de IgE.

| | | | |
|---|---|-------------------|-----------------------|
|  <p>DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO SERVICIO DE PEDIATRÍA</p> | <p>PT-78 Anafilaxia</p> | PT-78 | |
| | | 02/02/2023 | |
| | | V-01 | Página 6 de 18 |

4.4. Clínica

La dificultad en el diagnóstico de la anafilaxia estriba en que no hay un grupo de signos o síntomas patognomónicos. Lo que sí es típico es la rápida progresión en la gravedad o intensidad de los síntomas. Se debe sospechar una anafilaxia cuando aparece de manera aguda (en minutos o pocas horas) un síndrome rápidamente progresivo que afecta a la piel y/o mucosas, y que se acompaña de compromiso respiratorio y/o circulatorio.

Tabla 1. Criterios diagnósticos de anafilaxia

| Criterios diagnósticos de anafilaxia |
|---|
| Situaciones en las que el diagnóstico de anafilaxia es muy probable |
| <p>1. Inicio agudo (minutos a horas) de manifestaciones clínicas en la piel y/o mucosas (urticaria, enrojecimiento, prurito, edema de labios, lengua o úvula). Junto con al menos uno de los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Afectación respiratoria (estridor, dificultad respiratoria, sibilancias, broncoespasmo, hipoxemia, ↓ PFE). o Disminución de la TA * o síntomas de disfunción orgánica (hipotonía, síncope, incontinencia de esfínteres). |
| <p>2. Aparición rápida (de minutos a algunas horas) de síntomas o signos de dos o más de los siguientes tipos <u>tras la exposición a un alérgeno potencial para ese paciente</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Alteración de la piel y/o mucosas (urticaria, enrojecimiento, prurito, edema de labios, lengua o úvula). o Afectación respiratoria (estridor, dificultad respiratoria, sibilancias, broncoespasmo, hipoxemia, ↓ PFE). o Disminución de la TA * o síntomas de disfunción orgánica (hipotonía, síncope, incontinencia de esfínteres). o Síntomas gastrointestinales persistentes (dolor abdominal cólico, vómitos). |
| <p>3. Disminución de la TA * en minutos o algunas horas <u>tras la exposición a un alérgeno conocido para ese paciente</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Niños: disminución de la TA sistólica correspondiente a su edad *. o Adultos y adolescentes: TA sistólica inferior a 90 mm Hg o descenso superior al 30% sobre la basal. |

TA: tensión arterial. PFE: pico flujo espiratorio.

Tomado de la Guía ABE: Anafilaxia. Storch de Gracia, Molina Cabañero JC. La filiación niños actualizado 7/12/22 Disponible en <https://www.guia-abe.es/anexos-anafilaxia>

Como la mayoría de las anafilaxias cursan con síntomas cutáneos (>80%), con este criterio más del 75% de las anafilaxias serían identificadas. Sin embargo, existen otras formas de presentación menos típicas que no quedarían incluidas, como es el caso de las anafilaxias que cursan sin afectación cutánea

Esta documentación pertenece a la **Consellería de Sanitat Universal y Salud Pública, al Servicio de Pediatría del Hospital de Sagunto**, quedando expresamente prohibida su reproducción o copia sin el permiso expreso por escrito. Toda la documentación impresa no constituye copia controlada según la norma ISO 9001 siendo por tanto las últimas versiones válidas las disponibles en el repositorio documental.

| | | | |
|---|---|-------------------|-----------------------|
|  <p>DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO SERVICIO DE PEDIATRÍA</p> | <p>PT-78 Anafilaxia</p> | PT-78 | |
| | | 02/02/2023 | |
| | | V-01 | Página 7 de 18 |

(hasta un 20%) o que lo hacen junto con síntomas digestivos, o de las que presentan exclusivamente hipotensión. En estas situaciones, es importante tener en cuenta que la concurrencia de una exposición a un alérgeno potencial o conocido para el paciente apoya el diagnóstico. Para ello, se han establecido los criterios de sospecha.

Cuando existe afectación cardiovascular con hipotensión se habla de *shock* anafiláctico. Los niños son menos proclives a manifestar compromiso circulatorio respecto a los adultos, pero cuando se presenta es un factor de riesgo de mala evolución. En niños, los síntomas respiratorios y los digestivos son predominantes en un porcentaje similar y también son los que más se asocian entre sí. En ocasiones, el diagnóstico de anafilaxia en la infancia puede pasar desapercibido debido a las limitaciones en la comunicación; si el paciente presenta urticaria y angioedema el diagnóstico es claro, pero si los síntomas principales son dolor abdominal, vómitos o dificultad respiratoria, puede ser complicado y retrasar el tratamiento.

En niños menores de 2 años es frecuente el decaimiento y el llanto. En niños mayores, principalmente en asmáticos, suele iniciarse una tos persistente que progresa a ronquera y sibilancias.

La recurrencia de los síntomas, tras haberse resuelto el episodio inicial anafiláctico, sin exposición adicional al agente causal, es denominada **anafilaxia bifásica**. Puede ocurrir entre 1 y 72 horas (habitualmente entre 8-10 horas) después de la resolución de los síntomas, a pesar de no tener de nuevo exposición al desencadenante.

4.5. Exámenes complementarios:

El diagnóstico de la anafilaxia es fundamentalmente clínico, aunque en algunos casos pueden ser de utilidad determinaciones de laboratorio. Dada la ausencia de signos patognomónicos, se ha intentado medir algunos de los mediadores inflamatorios que se liberan durante una anafilaxia (histamina, triptasa, quimasa, factor de activación plaquetario, carboxipeptidasa A3). Los

| | | | |
|---|---|-------------------|-----------------------|
|  <p>DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO SERVICIO DE PEDIATRÍA</p> | <p>PT-78 Anafilaxia</p> | PT-78 | |
| | | 02/02/2023 | |
| | | V-01 | Página 8 de 18 |

resultados no están disponibles durante el episodio agudo y no modifican la actitud durante el mismo.

La **determinación de triptasa** en sangre debe ser obtenida de forma precoz (en las tres primeras horas) tras el inicio de los síntomas. Las mediciones de triptasa son menos útiles en lactantes con anafilaxia que en pacientes mayores. Se recomienda la obtención de al menos tres muestras, ya que mejora la sensibilidad y la especificidad. La primera, en el momento del tratamiento, la segunda unas dos horas después, y la última pasadas 24 horas de la desaparición de los síntomas, para conocer el valor basal.

4.6. Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial se expone en la tabla 2.

Tabla 2. Diagnóstico diferencial de la anafilaxia.

| Diagnóstico diferencial de la anafilaxia | |
|--|---|
| Causas de urticaria / angioedema | <ul style="list-style-type: none"> • Reacción alérgica no anafiláctica. • Urticaria pigmentosa. • Mastocitosis. • Angioedema hereditario. |
| Enfermedades del sistema respiratorio | <ul style="list-style-type: none"> • Obstrucción de las vías respiratorias superiores o inferiores (malacias, laringitis, anillos vasculares, asma, bronquiolitis, cuerpo extraño). |
| Enfermedades del sistema digestivo | <ul style="list-style-type: none"> • Obstrucción del tracto digestivo (estenosis hipertrófica de píloro, malrotación, invaginación intestinal, vólvulo). • Gastroenteritis aguda. • Alergia / intolerancia alimentaria. • Síndrome de enterocolitis inducida por proteínas. |
| Enfermedades neurológicas | <ul style="list-style-type: none"> • Convulsiones. • Traumatismo craneoencefálico. • infección del sistema nervioso • Isquemia cerebral. |
| Enfermedades cardiovasculares | <ul style="list-style-type: none"> • Cardiopatías descompensadas. • Síncope vasovagal. • Hipovolemia. |
| Otras | <ul style="list-style-type: none"> • Shock de otra etiología. • enfermedades metabólicas • Episodio aparentemente letal • Muerte súbita • Crisis de ansiedad. |

Tomado de la Guía ABE: Anafilaxia. Storch de Gracia, Molina Cabañero JC. La filiación niños actualizado 7/12/22 Disponible en <https://www.guia-abe.es/anexos-anafilaxia>

Esta documentación pertenece a la **Consellería de Sanitat Universal y Salud Pública, al Servicio de Pediatría del Hospital de Sagunto**, quedando expresamente prohibida su reproducción o copia sin el permiso expreso por escrito. Toda la documentación impresa no constituye copia controlada según la norma ISO 9001 siendo por tanto las últimas versiones válidas las disponibles en el repositorio documental.

| | | | |
|---|-----------------------------------|-------------------|-----------------------|
|  | PT-78 Anafilaxia | PT-78 | |
| | | 02/02/2023 | |
| | | V-01 | Página 9 de 18 |

4.7. Tratamiento

Sin retrasar la administración la administración de adrenalina, deben realizarse las siguientes consideraciones:

- Posición del paciente

Los pacientes que han sufrido un episodio de anafilaxia deben ser colocados en una posición cómoda, tumbados y con las piernas elevadas, para así aumentar el retorno venoso (C).



Esta posición no es aconsejable en caso de vómitos o dificultad respiratoria. En pacientes con problemas de la vía aérea (A) o respiratorios (B) es aconsejable una postura semi recostada.



Los pacientes que estén inconscientes, con respiración espontánea, deben ser colocados en decúbito lateral.

Deben evitarse los cambios posturales, en especial levantar al paciente, mantenerle en bipedestación o caminando, ya que pueden empeorar el compromiso hemodinámico (C).



En todo momento se debe asegurar y controlar la permeabilidad de la vía respiratoria aérea (A).

Esta documentación pertenece a la **Consellería de Sanitat Universal y Salud Pública, al Servicio de Pediatría del Hospital de Sagunto**, quedando expresamente prohibida su reproducción o copia sin el permiso expreso por escrito. Toda la documentación impresa no constituye copia controlada según la norma ISO 9001 siendo por tanto las últimas versiones válidas las disponibles en el repositorio documental.

| | | | |
|---|---|-------------------|------------------------|
|  <p>DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO SERVICIO DE PEDIATRÍA</p> | <p>PT-78 Anafilaxia</p> | PT-78 | |
| | | 02/02/2023 | |
| | | V-01 | Página 10 de 18 |

- **Retirada del alérgeno implicado**

La retirada del alérgeno no siempre es posible. Debe tenerse en cuenta:

- Suspendir la administración de los **fármacos** sospechosos de la anafilaxia (p. ej. la administración intravenosa de un antibiótico o un analgésico).
- Retirar el **aguijón** tras la picadura de una abeja. En este caso prima la rapidez de la extracción sobre la forma de hacerlo.
- **No intentar provocar el vómito** en una anafilaxia producida por alimentos, pero sí retirar restos de alimento de la boca.
- Evitar productos de **látex** (guantes, sondas) si se sospecha alergia a este material.
- **No retrasar el tratamiento** definitivo si la evitación del alérgeno no es fácil.

- **Parada cardiorrespiratoria**

La anafilaxia es una causa infrecuente de parada cardiorrespiratoria potencialmente reversible. El tratamiento consiste en un soporte vital básico y avanzado. Son síntomas y signos de alarma: la rápida progresión de los síntomas, el distrés respiratorio (sibilancias, ronquera, taquipnea, estridor, cianosis), los vómitos persistentes, la hipotensión, las arritmias, el síncope, el dolor torácico, la confusión, la somnolencia y el coma.

- **Anafilaxia refractaria**

La mayor parte de las reacciones anafilácticas responden al tratamiento inicial con una sola dosis de adrenalina intramuscular, aproximadamente el 10% requieren dos dosis y el 2% precisa más de dos.

Esta documentación pertenece a la **Consellería de Sanitat Universal y Salut Pública, al Servicio de Pediatría del Hospital de Sagunto**, quedando expresamente prohibida su reproducción o copia sin el permiso expreso por escrito. Toda la documentación impresa no constituye copia controlada según la norma ISO 9001 siendo por tanto las últimas versiones válidas las disponibles en el repositorio documental.

| | | | |
|---|---|-------------------|------------------------|
|  <p>DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO SERVICIO DE PEDIATRÍA</p> | <p>PT-78 Anafilaxia</p> | PT-78 | |
| | | 02/02/2023 | |
| | | V-01 | Página 11 de 18 |

Los profesionales de la salud deben reconocer la falta de respuesta al tratamiento inicial con adrenalina intramuscular. Deben pedir ayuda al equipo de reanimación completa en el área de Urgencias o en la Planta de Hospitalización.

- Anafilaxia bifásica

La anafilaxia bifásica es una reacción recurrente o la aparición de nuevos síntomas tras la presentación inicial sin que haya otra exposición al agente causal. Ocurre en el 4-4,5% de las reacciones anafilácticas entre 1-72h del inicio de los primeros síntomas.

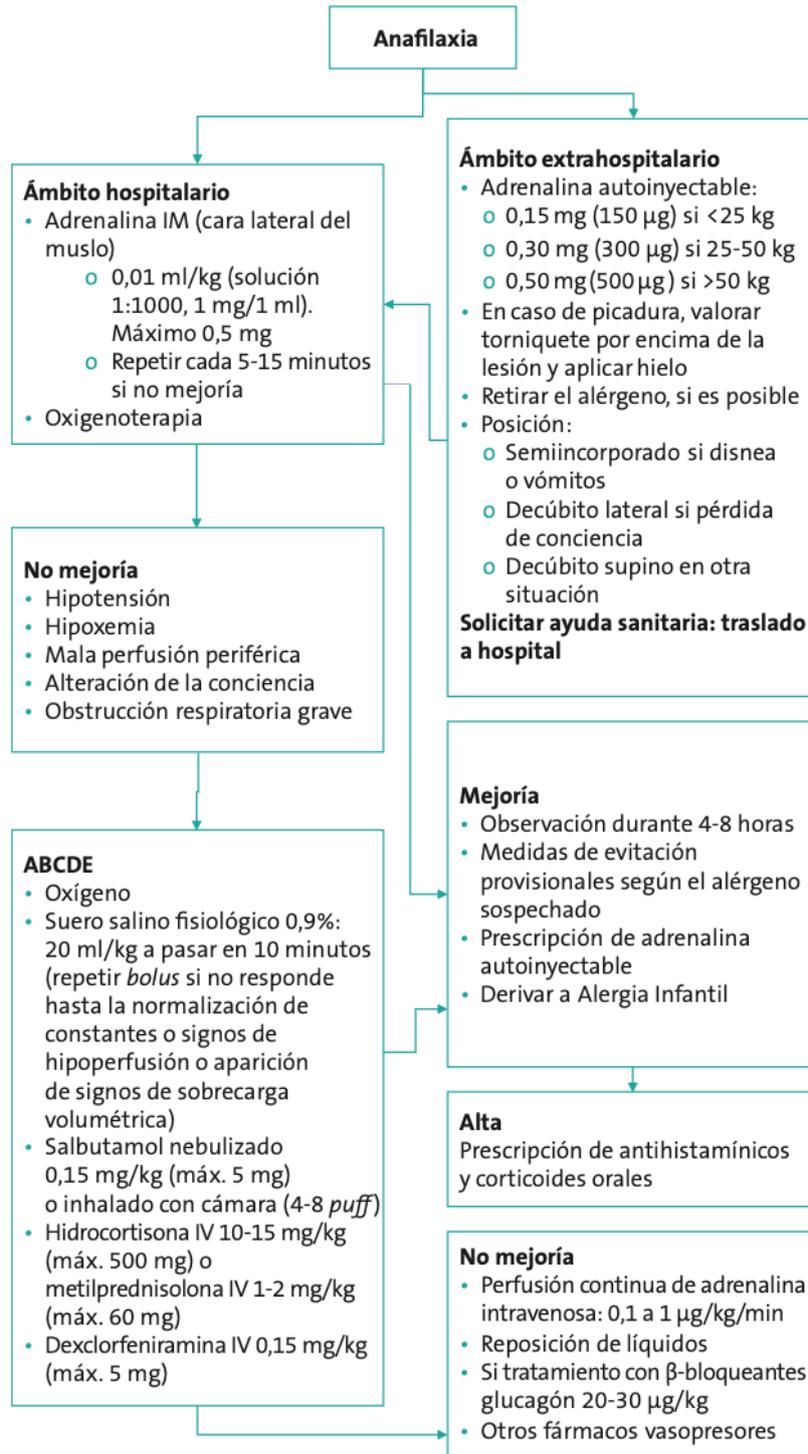
Un tiempo superior a 60 minutos desde el inicio de los síntomas hasta la administración de la primera dosis de adrenalina y la necesidad de más de una dosis para controlar la anafilaxia primaria son predictores de reacción bifásica. Sin embargo, la evidencia sobre el efecto preventivo de los corticosteroides en el desarrollo de estas reacciones es escasa.

- Algoritmo de actuación

En la figura 1 se representa el algoritmo de actuación general en caso de anafilaxia en el medio sanitario. La dosificación de los fármacos se recoge en la tabla 3.

Figura 1. Algoritmo de actuación para el manejo de la anafilaxia en pacientes pediátricos.

Esta documentación pertenece a la **Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública, al Servicio de Pediatría del Hospital de Sagunto**, quedando expresamente prohibida su reproducción o copia sin el permiso expreso por escrito. Toda la documentación impresa no constituye copia controlada según la norma ISO 9001 siendo por tanto las últimas versiones válidas las disponibles en el repositorio documental.



| | | | |
|--|-----------------------------------|-------------------|------------------------|
|  DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO SERVICIO DE PEDIATRÍA | PT-78 Anafilaxia | PT-78 | |
| | | 02/02/2023 | |
| | | V-01 | Página 13 de 18 |

Tomado de : Juliá Benito JC, Álvarez Caro F. *Anafilaxia en Pediatría. Protoc diagn ter pediatr.* 2019;2:363-80.

Actualmente, no hay contraindicaciones absolutas para la administración de adrenalina. Además, la adrenalina intramuscular administrada en dosis apropiadas ha demostrado ser segura. En los niños, los efectos adversos, que incluyen palidez, temblor y palpitaciones, son infrecuentes, leves y transitorios. Los efectos adversos graves, como arritmias ventriculares, crisis hipertensivas y edema pulmonar suelen ser secundarios a una sobredosis de adrenalina por cualquier vía de administración, aunque con mayor probabilidad por vía intravenosa. Con todo esto, la recomendación general debería ser: ante la duda, tratar.

Tabla 3. Dosificación de los fármacos empleados en el tratamiento de la anafilaxia.

| Fármaco | Dosis | Preparación |
|-----------------------------|---|---|
| Adrenalina SC | 0,01 mg/kg en bolo | Adrenalina pura sin diluir (1:1.000 = 1 mg/ml) |
| 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 |
| Dexclorfeniramina IV | 0,15 mg/kg/6-8 h Máx. 5 mg/dosis | Sin diluir y en bolo lento |
| Glucagón IV | 20-30 µg/kg/dosis (máx. 1 mg), luego PC 5-15 µg/min | Inyectar 1 ml de agua estéril en el vial que contiene el liofilizado, agitar y extraer. Uso inmediato a preparación |
| Hidrocortisona IV | 10-15 mg/kg (máx. 500 mg) | Diluir 50 mg en 1 ml de SSF y administrar 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 |
| Salbutamol | Nebulizado 0,15 mg/kg MDI 5-10 puff | Diluir con SSF hasta 2-2,5 ml |

Tomado de Olabarrí M. *Anafilaxia en Urgencias. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en urgencias de pediatría Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP), 3ª Ed, 2019*

Esta documentación pertenece a la **Consellería de Sanitat Universal y Salud Pública, al Servicio de Pediatría del Hospital de Sagunto**, quedando expresamente prohibida su reproducción o copia sin el permiso expreso por escrito. Toda la documentación impresa no constituye copia controlada según la norma ISO 9001 siendo por tanto las últimas versiones válidas las disponibles en el repositorio documental.

| | | | |
|---|---|-------------------|------------------------|
|  <p>DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO SERVICIO DE PEDIATRÍA</p> | <p>PT-78 Anafilaxia</p> | PT-78 | |
| | | 02/02/2023 | |
| | | V-01 | Página 14 de 18 |

En caso de broncoespasmo se administrarán broncodilatadores de la misma forma que en las crisis asmáticas, y en caso de estridor laríngeo, se administrará adrenalina nebulizada.

Los corticoides y antihistamínicos no son fármacos de primera línea y su administración no debe suponer nunca un retraso o alternativa a la administración de 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, a pesar de que no existe evidencia científica de que disminuyan el riesgo de reacción bifásica, se recomienda su administración en todas las guías sobre anafilaxia. Se recomienda prolongar su administración en domicilio por vía oral durante 3 días .

Una vez controlados los síntomas, se debe realizar una **observación hospitalaria** de 6 horas desde la administración de adrenalina (o el cese de los síntomas en caso de anafilaxia autolimitada previa a la valoración sanitaria), ya que es el intervalo de tiempo en el que suceden la mayoría de las reacciones bifásicas. En algunos casos se recomienda prolongar la observación hasta 24 horas: reacciones graves o que han requerido más de una dosis de adrenalina, antecedentes de reacción bifásica, asma grave, posibilidad de persistencia de exposición al alérgeno o dificultad de acceso a Urgencias.

Además del algoritmo de actuación, se adjunta el Food Allergy Severity Score (Figura 2) para la identificación de los órganos afectados, pudiendo ser de utilidad en la identificación precoz de los pacientes subsidiarios de administración de adrenalina. Este algoritmo será especialmente útil para el tratamiento de las reacciones anafilácticas en los casos de provocación alimentaria o con fármacos.

Figura 2. Food Allergy Severity Score

Esta documentación pertenece a la **Consellería de Sanitat Universal y Salud Pública, al Servicio de Pediatría del Hospital de Sagunto**, quedando expresamente prohibida su reproducción o copia sin el permiso expreso por escrito. Toda la documentación impresa no constituye copia controlada según la norma ISO 9001 siendo por tanto las últimas versiones válidas las disponibles en el repositorio documental.

FASS para la identificación de los órganos afectados.

| | | | | | |
|-----------------------------|---|---|--------------------------------------|---|---|
| Food Allergy Severity Score |  |  | |  | |
| | oFASS-3 | LEVE | MODERADO | | GRAVE |
| oFASS-5 | Grado 1 solo orofaringe | Grado 2 = 1 órgano/sistema | Grado 3 > 1 órgano/sistema | Grado 4 laringe/bronquios | Grado 5 cardiovascular/ sistema nervioso |

Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International Public License

Debe administrarse inmediatamente adrenalina en los siguientes casos:

- oFASS-3 Grave (oFASS-5 Grado 4 y 5).
- oFASS-3 con afectación de 2 o más órganos (oFASS-5 Grado 3).

Tomado de Guía Galaxia 2022.

4.7. Manejo posterior

Si durante el periodo de observación hospitalaria el paciente no presenta nuevos síntomas, puede ser dado de **alta a domicilio**. Todos los pacientes que han sufrido una anafilaxia deben tener las siguientes **recomendaciones**:

- Acudir de nuevo a urgencias si se reinician los síntomas.
- Mantener tratamiento con antiH1 y corticoides orales entre 3 y 5 días.
- Plan de gestión de una posible reacción futura que incluya la evitación del alérgeno si se conoce o se sospecha.
- Educación sobre el uso de autoinyectable de adrenalina.

Esta documentación pertenece a la **Consellería de Sanitat Universal y Salud Pública, al Servicio de Pediatría del Hospital de Sagunto**, quedando expresamente prohibida su reproducción o copia sin el permiso expreso por escrito. Toda la documentación impresa no constituye copia controlada según la norma ISO 9001 siendo por tanto las últimas versiones válidas las disponibles en el repositorio documental.

| | | | |
|---|---|-------------------|------------------------|
|  <p>DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO SERVICIO DE PEDIATRÍA</p> | <p>PT-78 Anafilaxia</p> | PT-78 | |
| | | 02/02/2023 | |
| | | V-01 | Página 16 de 18 |

- Derivación a Alergología Infantil.

4.7.1. **Prioridad de la derivación:**

- **Prioridad 0:** en el momento de la emergencia, tanto si se produce en el ámbito extra-hospitalario, como si se produce en las Consultas Externas, el paciente debe remitirse a Urgencias tras la administración de adrenalina.
- **Prioridad 3.** La derivación de un paciente que ha sufrido una anafilaxia siempre debe encontrarse en una prioridad menor de 1 mes, especialmente si no se conoce el alérgeno causal.
- **Prioridad 4.** Cuando el paciente ya es conocido, ya ha sido estudiado y se conoce el alérgeno causal. En ese caso podría no ser valorado de forma preferente, siempre en cuando estemos seguro de que está adiestrado en el uso de adrenalina, cuenta al menos con dos autoinyectores y de que son conscientes del plan de automanejo

5. **RESPONSABILIDADES**

- Reconocimiento de la reacción por parte del sanitario que atiende al paciente.
- Aviso al facultativo responsable en el caso de que no sea este el que atiende en primer lugar al paciente.
- Desarrollo de la atención (valoración, posición, administración de fármacos, dosis, manejo, prevención y recomendaciones) por el facultativo especialista de pediatría.
- Personal de enfermería: preparación de fármacos y administración.
- Educación del paciente: personal de enfermería y facultativo especialista en pediatría.

6. **INDICADORES**

Esta documentación pertenece a la **Consellería de Sanitat Universal y Salud Pública, al Servicio de Pediatría del Hospital de Sagunto**, quedando expresamente prohibida su reproducción o copia sin el permiso expreso por escrito. Toda la documentación impresa no constituye copia controlada según la norma ISO 9001 siendo por tanto las últimas versiones válidas las disponibles en el repositorio documental.

| | | | |
|---|---|-------------------|------------------------|
|  <p>DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO SERVICIO DE PEDIATRÍA</p> | <p>PT-78 Anafilaxia</p> | PT-78 | |
| | | 02/02/2023 | |
| | | V-01 | Página 17 de 18 |

- Porcentaje de pacientes derivados a la consulta de Alergia Pediátrica tras episodio.
- Porcentaje de pacientes con recomendaciones en el informe de alta o de consultas externas.
- Porcentaje de pacientes que reciben prescripción de autoinyectores de adrenalina.
- Porcentaje de pacientes con anafilaxia que reciben tratamiento con adrenalina intramuscular.

7. **REGISTROS**

Sistema informático del hospital (Integrador).

8. **ANEXOS**

Anexo 1. Manejo autoinyectores

Esta documentación pertenece a la **Consellería de Sanitat Universal y Salud Pública, al Servicio de Pediatría del Hospital de Sagunto**, quedando expresamente prohibida su reproducción o copia sin el permiso expreso por escrito. Toda la documentación impresa no constituye copia controlada según la norma ISO 9001 siendo por tanto las últimas versiones válidas las disponibles en el repositorio documental.

Uso de adrenalina autoinyectable

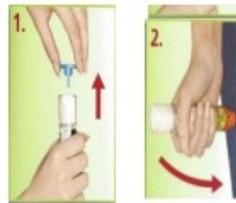
www.seicap.es

Agarrar la adrenalina con la mano dominante y no cambiarla de mano.
Hacer los pasos siguientes.
Una vez oído el click, mantener 5-10 segundos y luego dar masaje 10 segundos.



Altellus (150, 300):

1. Quitar la tapa azul.
2. Apoyar la parte naranja en el muslo y presionar hasta oír un click



Video: <http://www.youtube.com/watch?v=1JndtEff-tw>

Anapen (150, 300):

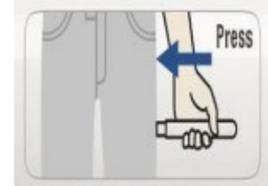
1. Quitar la tapa negra.
2. Quitar la tapa gris.
3. Apoyar la parte hueca en el muslo
4. Apretar el botón rojo hasta oír un click



Video: <https://www.youtube.com/watch?v=nXt7TjVoJvc>

Emerade (150, 300, 500):

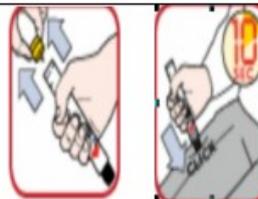
1. Quitar la tapa blanca.
2. Apoyar la parte hueca en el muslo y presionar hasta oír un click



Video: <https://www.youtube.com/watch?v=8dLther4YZk>

Jext (150, 300):

1. Quitar la tapa amarilla.
2. Apoyar la parte negra en el muslo y presionar hasta oír un click



Video: <http://www.youtube.com/watch?v=MhFnwz3PEHo>

Grupo de Trabajo: Anafilaxia
Septiembre 2019