Anafilaxia; algoritmo de actuación

Pilar Storch de Gracia Calvo pstorchdegracia.hnjs@salud.madrid.org, Juan Carlos Molina Cabañero

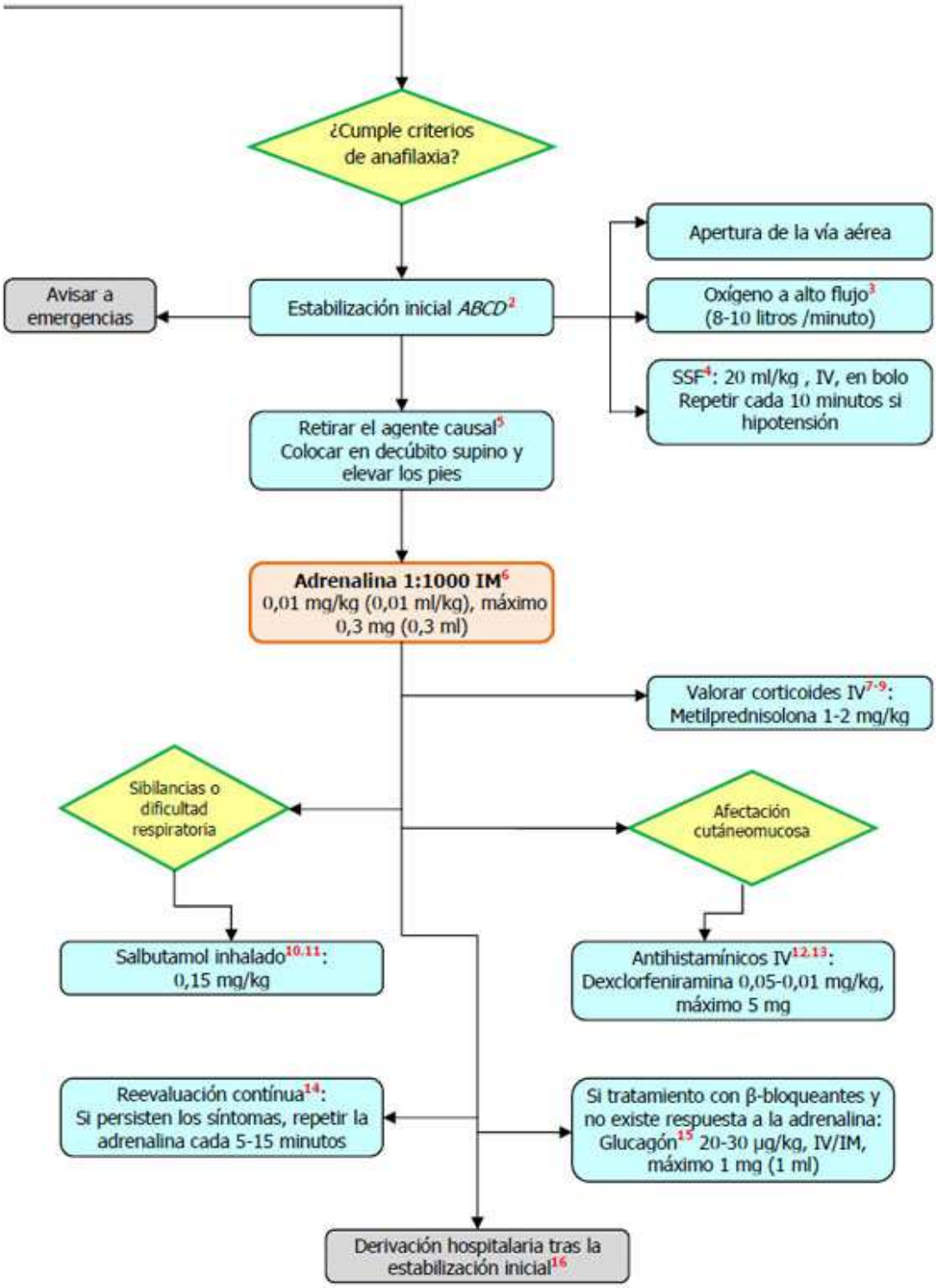
Servicio de Urgencias. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús [Servicio Madrileño de Salud, Área 2]. Madrid.

Fecha de actualización: 01/01/1970
(V.1.00/1970)

Cita sugerida: Storch de Gracia Calvo P, Molina Cabañero JC. Anafilaxia; algoritmo de actuación. (v.1/2010). Guía_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico. [en línea]. [actualizado el 30/09/2010; consultado el *dd*/*mm*/*aaaa*]. Disponible en http://www.guia-abe.es

Cambios más importantes respecto a la versión anterior: [ver una versión completa de este tema en http://www.guia-abe.es]

Sospecha de anafilaxia[1]



Abreviaturas: IM: vía intramuscular. **IV**: vía intravenosa. **SSF**: suero salino fisiológico.

Notas aclaratorias

_____

[1] *Debido a que los signos y síntomas de la anafilaxia son múltiples e inespecíficos, en ocasiones algunos cuadros pueden ser difíciles de diagnosticar, incluso pueden pasar desapercibidos. Los errores más frecuentes ocurren con los lactantes que pueden padecer obnubilación, irritabilidad, decaimiento; los casos que cursan sin hipotensión, y los que no presentan afectación cutáneomucosa (10-20%).*

[2] *Los niños que están inestables deben ser tratados según la pauta ABCD para la atención a los pacientes graves (vía aérea, ventilación, circulación, estado neurológico).*

[3] *Se debe administrar oxígeno con mascarilla de alto flujo para el mantenimiento de una saturación arterial de oxígeno > 95% (8-10 litros/minuto).*

[4] *Es necesario administrar por vía IV bolos repetidos de suero salino fisiológico de 20 ml/kg en función de la tensión arterial y de la contractilidad cardiaca. El objetivo es controlar la hipotensión que se produce debida a la redistribución del flujo venoso.*

[5] *Siempre que sea posible se debe retirar el factor desencadenante (extraer aguijón, detener la perfusión intravenosa de un medicamento). No se debe provocar el vómito en los pacientes en los que se sospecha la ingestión de un alimento como causa de la anafilaxia. Además se colocará al paciente en decúbito supino con las piernas elevadas para favorecer el retorno venoso periférico.*

[6] *La adrenalina debe administrarse lo más precozmente posible. Si los síntomas persisten puede repetirse cada 5-15 minutos. Tras la administración de adrenalina no deben hacerse cambios posturales bruscos, debido a que pueden desencadenar un síndrome de ventrículo vacío Â y muerte súbita.*

[7] *Metilprednisolona: Urbasón soluble™, Solu Moderín™ y Metilprednisolona Arsalud: presentaciones IV/IM muy variadas. Urbasón™: comp de 4, 16 y 40 mg.*

[8] *Hidrocortisona: Actocortina™: amp de 100, 500 y 1000 mg.*

[9] *Los corticoides no han demostrado utilidad en la fase inicial de estabilización, puede valorarse su administración en los episodios prolongados.*

[10] *Si existe broncoespasmo que no responde a la adrenalina, se administrará salbutamol nebulizado junto con oxígeno, que puede repetirse cada 20 minutos en función de la dificultad respiratoria.*

[11] *Salbutamol: inhalador presurizado a dosis fija con 100 mg/pulsación (usar con cámara de expansión según la edad); Ventolin ™ solución para respirador con 5 mg/ml.*

[12] *La indicación de los antihistamínicos en la fase inicial de estabilización es disminuir el prurito y los signos de urticaria; no tienen efecto sobre la hipotensión ni el broncoespasmo.*

[13] *Dexclorfeniramina: Polaramine™: amp IM/IV: 5 mg/ml; sol oral 2 mg/5 ml; comp 2 mg; repetabs 6 mg.*

[14] *La adrenalina tiene un comienzo de acción rápido, pero una vida media corta. En ocasiones, si los signos y síntomas de anafilaxia persisten, es necesario repetir varias veces la dosis inicial.*

[15] *Glucagón: amp 1 mg/ml.*

[16] *Todos los niños que han tenido una reacción anafiláctica deben ser enviados a un hospital y ser observados durante un periodo de tiempo: 6-8 horas para los episodios leves con desaparición rápida de los síntomas y 24-48 horas para los niños que hayan tenido reacciones graves precisando más de una dosis de adrenalina o expansión del volumen vascular con suero salino fisiológico.*