



¿Qué debemos saber sobre la anafilaxia?



Teresa Toral
HGU Alicante



Conflicto de intereses

- Declaro que no tengo ningún conflicto de interés relativo a esta charla

Importancia de conocerla

- Es frecuente
- Con frecuencia infradiagnosticada
- Es una urgencia médica
- Hay que reconocerla
- Hay que saber tratarla



Caso clínico. Silvia

Niña 13 años. Urticaria generalizada y angioedema junto con dificultad respiratoria mientras comía almendras. Cedió espontáneamente en 2-3 horas.

Posteriormente varios episodios similares que coincidieron con la ingesta de frutos secos que precisaron consulta en Urgencias, donde se trataron con Urbason.

En un campamento de verano mientras tomaba frutos secos presentó urticaria, dificultad respiratoria y disminución del estado de conciencia que precisó traslado urgente en helicóptero e ingreso hospitalario.





Caso clínico. Silvia



Estudio alergológico positivo frente a almendra, cacahuete y nuez



Diagnóstico: Anafilaxia por hipersensibilidad a frutos secos



Recomendaciones: Dieta exenta de frutos secos. Prescripción de autoinyector de adrenalina



Caso clínico

No se interpretó como una reacción
anafiláctica

No se trató correctamente en el servicio de
Urgencias

No se prescribieron autoinyectores de
adrenalina al alta de Urgencias

No se remitió para estudio alérgico



Gaps in anaphylaxis management at the level of physicians, patients, and the community: a systematic review of the literature

M. Kastner¹, L. Harada² & S. Waserman³

¹Department of Health Policy, Management and Evaluation, Faculty of Medicine, University of Toronto Ontario; Canada; ²Anaphylaxis Canada, Toronto Ontario, Canada; ³Department of Medicine, Clinical Immunology and Allergy, McMaster University, Hamilton, ON, Canada

Allergy 65 (2010) 435–444

Pacientes/Familia:

Falta de reconocimiento de los síntomas de anafilaxia, qué alimentos deben evitar, uso de autoinyectores de adrenalina, afectación calidad de vida.

Médicos/Profesionales sanitarios:

Déficit conocimientos sobre diagnóstico y tratamiento, indicaciones de prescripción y uso de autoinyectores, necesidad de estudio alérgico.



Desarrollo



Review

Myths, facts and controversies in the diagnosis and management of anaphylaxis

Katherine Anagnostou,^{1,2} Paul J Turner³



archdischild-2018-314867

Anafilaxia

Mito número 1

La anafilaxia con frecuencia es mortal.

- La Academia Europea de Alergia e Inmunología Clínica (EAACI) define la anafilaxia como una reacción de hipersensibilidad generalizada o sistémica, grave y que amenaza la vida.
- Incidencia entre 3,2 y 30 por 100.000 personas-año, con una mortalidad entre 0,05 y 2% del total de las reacciones.
- Pero es impredecible y debe tratarse como una emergencia médica



Diagnóstico: Manifestaciones clínicas



Síntomas mucocutáneos (80-85%)

Síntomas respiratorios (50-60%)



Síntomas digestivos

(25-30%)

Síntomas
cardiovasculares

(30-35%)





Criterios clínicos para el diagnóstico de anafilaxia

Criterio 1

Inicio RÁPIDO de reacción que afecta a **piel y/o mucosas** Y al menos una de los siguientes :

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

Criterios Clínicos para el diagnóstico de la anafilaxia

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



Criterios Clínicos para el diagnóstico de la anafilaxia

Criterio 3

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

A.- Lactante 1-12m: TAs < 70 mm Hg

B.- Niños 1-10 a: TAs $< (70 \text{ mm Hg} + [\text{edad años} \times 2])$

C.- Niños ≥ 11 a: TAs < 90 mm Hg o descenso 30% de su TA basal



Gravedad reacción

	LEVE	MODERADA	GRAVE
PIEL	Prurito, eritema, urticaria, angioedema	Igual	Igual
DIGESTIVO	Prurito oral, náuseas, dolor abdominal leve	Igual + Dolor abdominal intenso, vómitos recurrentes, diarrea	Igual+ Pérdida de control intestinal
RESPIRATORIO	Congestión nasal, prurito faríngeo, asma leve	Igual + Disfonía, disfagia, estridor, asma moderada	Igual + Cianosis, Sat O2 <92% Paro respiratorio
CARDIOVASCULAR	Taquicardia	Igual	Hipotensión, arritmias, bradicardia, Parada CR
NEUROLÓGICO	Ansiedad	Mareo, sensación de muerte inminente	Confusión, pérdida de conciencia



Factores de riesgo gravedad

Asma bronquial

Edad: lactantes y adolescentes

Mastocitosis

Retraso administración adrenalina

Alergia frutos secos



Anafilaxia

Mito número 2

No hay urticaria, por tanto no es anafilaxia

Los síntomas cutáneos están ausentes en el 10-20%

Inicio agudo de hipotensión, broncoespasmo, obstrucción de vías respiratorias en un niño con alergia alimentaria considerar la presencia de anafilaxia incluso en ausencia de síntomas cutáneos



Anafilaxia

Mito número 3

No hay un desencadenante conocido, por tanto no es anafilaxia

	Niños	Adultos
Alimentos	50%	22-24%
Medicamentos	10-15%	46-62%
Himenópteros	8-14%	12%
Idiopática	10-20%	

Diagnóstico



1.-HISTORIA CLÍNICA: Sospecha diagnóstica

2.-ESTUDIO ALÉRGICO: Demostración de sensibilización alérgica. Mediadas por Ig E

3.-PROVOCACIÓN ORAL: Demostración de la relación de la ingesta del alimento con los síntomas



Diagnóstico



Pruebas cutáneas



Diámetro ≥ 3 mm



Ig E sérica específica: niveles pueden correlacionarse con probabilidad de tolerancia para algún alimento

Diagnóstico



¿A qué edad se pueden realizar pruebas cutáneas?



Mito: Es demasiado pequeño para hacer pruebas de alergia

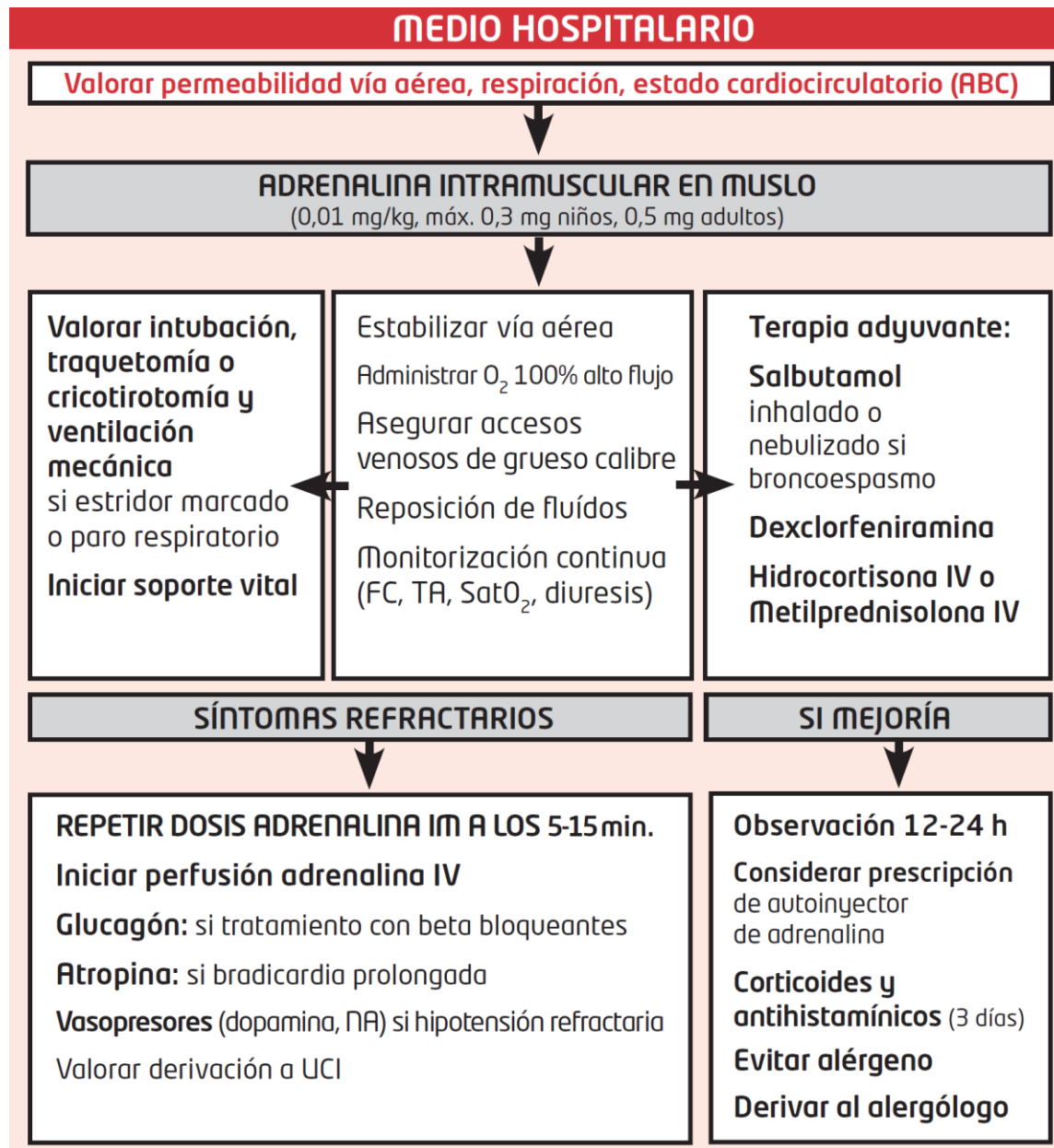


Anafilaxia

Tratamiento



Algoritmo de tratamiento



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

Mito número 4: La adrenalina es peligrosa

Tratamiento de **primera elección** en una anafilaxia.

No existen **contraindicaciones** para su uso dentro de una urgencia por anafilaxia.

Administración por vía **INTRAMUSCULAR** en cara lateral del muslo.

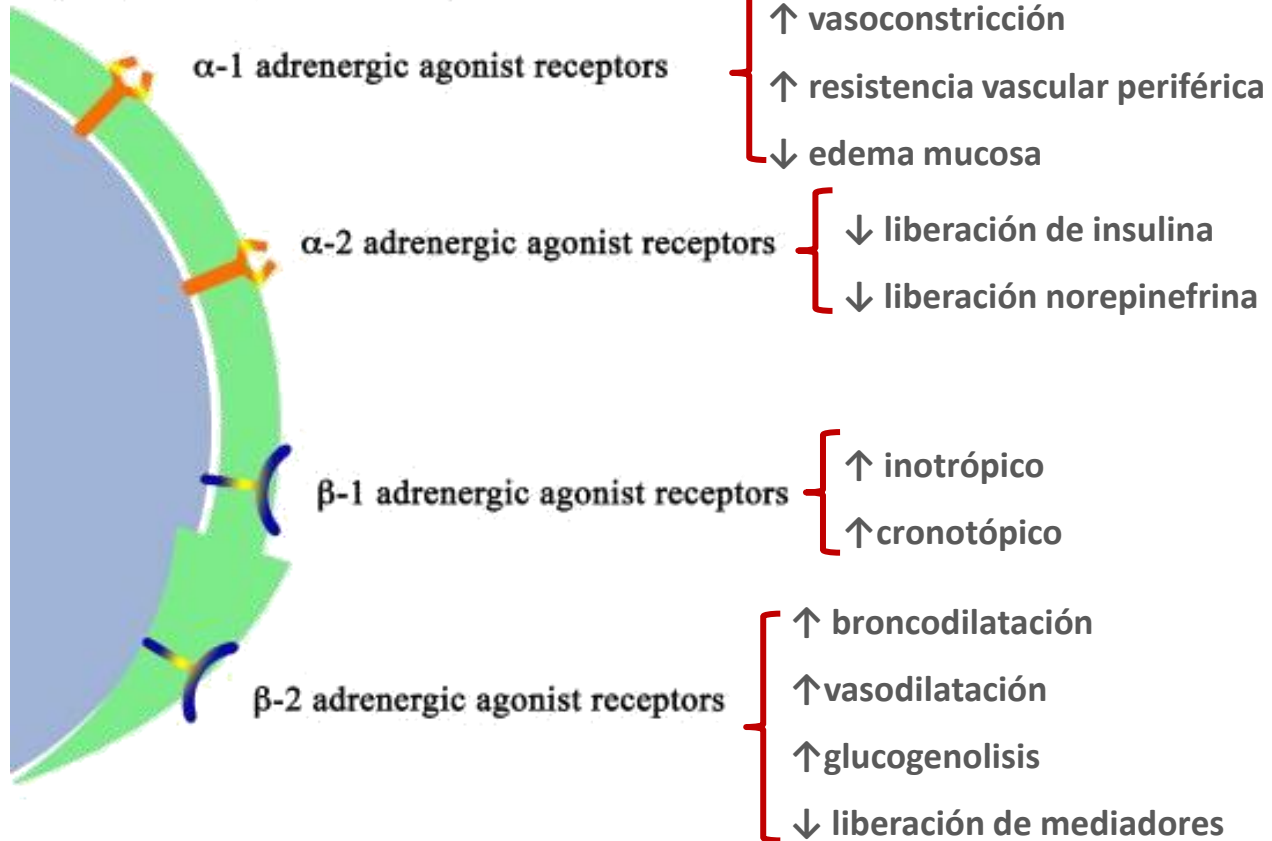
Dosis: 0.01 mg/kg ; máximo 0.3 mg



Tratamiento

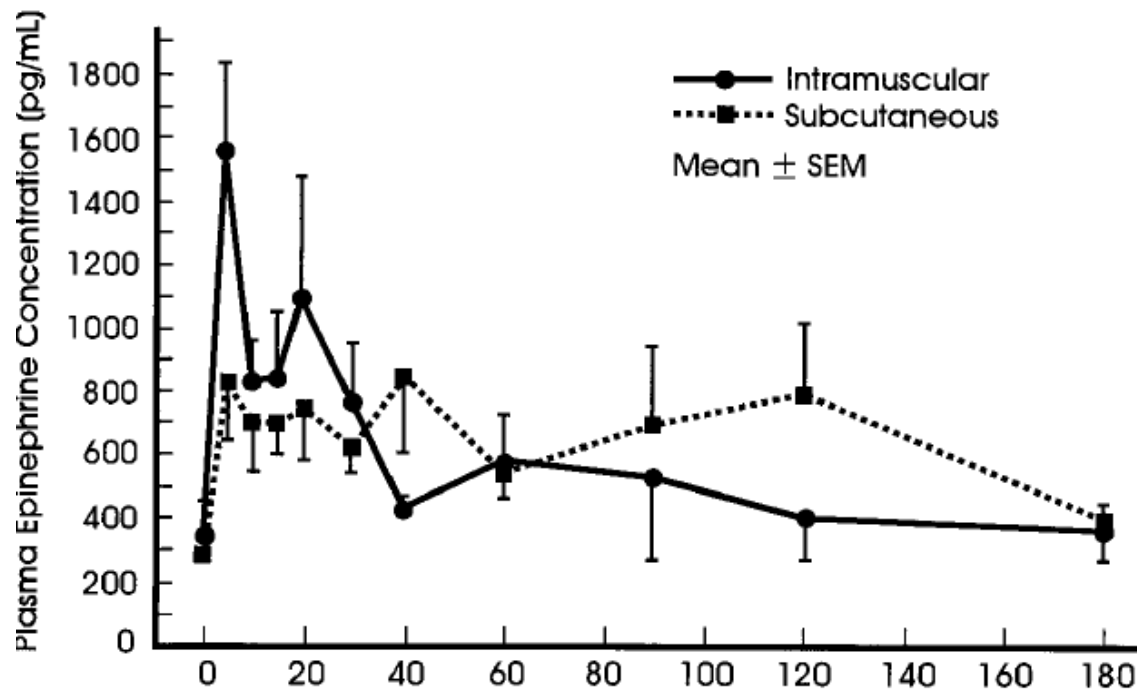
Adrenalina

epinephrine (adrenaline) effects



Epinephrine absorption in children with a history of anaphylaxis

F. Estelle R. Simons, MD, FRCPC,^a Janet R. Roberts, MD, FRCPC,^a
Xiaochen Gu, PhD,^b and Keith J. Simons, PhD^{a,b} *Winnipeg, Manitoba, Canada*





Otros fármacos:

Mito número 5: Los antihistamínicos pueden utilizarse en el tratamiento inicial de la anafilaxia. Sólo emplear adrenalina si los síntomas empeoran



Antihistamínicos:

No evidencia de su utilidad en anafilaxia

Útiles para el tratamiento del prurito, urticaria y angioedema

Dexclorfeniramina para uso parenteral 0.15 mg/kg/dosis





Otros fármacos:

Mito número 6: los corticoides evitan reacciones tardías o bifásicas

Glucocorticoides



No evidencia de su utilidad en la prevención de reacciones tardías o bifásicas

Lento inicio de acción



Tratamiento

Otros fármacos

Broncodilatadores

Glucagón

Atropina, vasopresores

Antihistamínicos

Corticoides



Alta y seguimiento

Observación 6-24 h

Historia clínica muy detallada

Adrenalina auto-inyectable si indicada

Remisión preferente para estudio
alérgico



Autoinyectores adrenalina

Dos presentaciones comercializadas en España:

Altellus®:

150 mcg

300 mcg



Anapen®

150 mcg

300 mcg

Jext®

150 mcg

300 mcg



Técnica de administración

Instrucciones de uso de la adrenalina autoinyectable:

1. Sujetar el autoinyector con la mano dominante, con el pulgar junto al tapón de seguridad gris.
2. Con la otra mano, quitar el tapón de seguridad gris (Fig. 1).
3. Pinchar firmemente en la parte exterior del muslo, a través de la ropa si es necesario (Fig. 2).
4. Mantener en esa posición durante 10 segundos (Fig. 3).
5. Masajear la zona de la inyección durante 10 segundos.
6. Llamar a un servicio de emergencias: tfno. 112
7. Administrar un segundo autoinyector de adrenalina al cabo de 15 minutos si el paciente no responde o reaparecen los síntomas originales.
8. Recuerde reemplazar los autoinyectores de adrenalina utilizados o caducados.



Indicaciones de los AIA...

Mito número 7: Solo a los niños que han tenido anafilaxia debería prescribírsese un autoinyector

...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 .
- Historia de reacciones leves previas por cacahuete o frutos secos.
- Asistencia médica lejana de la vivienda habitual.
- Reacción alérgica a alimentos en un adolescente.

Indicaciones de los AIA...

Mito número 8: Los autoinyectores de adrenalina están demasiado prescritos y utilizados

Están infrautilizados:
por la familia
por los Servicios de Urgencias

Mito número 9: El uso de un autoinyector por sí solo puede salvar la vida



Educación del paciente

Aspectos clave:

Identificación de los desencadenantes

Reconocimiento precoz de los síntomas por parte de los pacientes.

Formación en el uso del autoinyector:

Alertas de caducidad

App para teléfonos móviles

Programa lifesaver: web divulgativa

Puntos clave

- La anafilaxia es una reacción alérgica grave, de instauración rápida y potencialmente mortal.
- Suele manifestarse con urticaria y síntomas de afectación de otros sistemas.
- La adrenalina es el tratamiento de elección.
- Todo paciente que ha sufrido una anafilaxia debe llevar un autoinyector de adrenalina.
- Debe ser remitido de forma preferente a un servicio de Alergia





¿Qué debemos saber sobre la anafilaxia?

teretoral@gmail.com