

# IX Matí Al·lèrgia Bellvitge: Malalties al·lèrgiques de risc vital

## Anafilaxia en adults

Paloma Álvarez-Sala Caballero  
Servei d'Al·lergologia Hospital Universitari de Bellvitge



# Anafilaxia

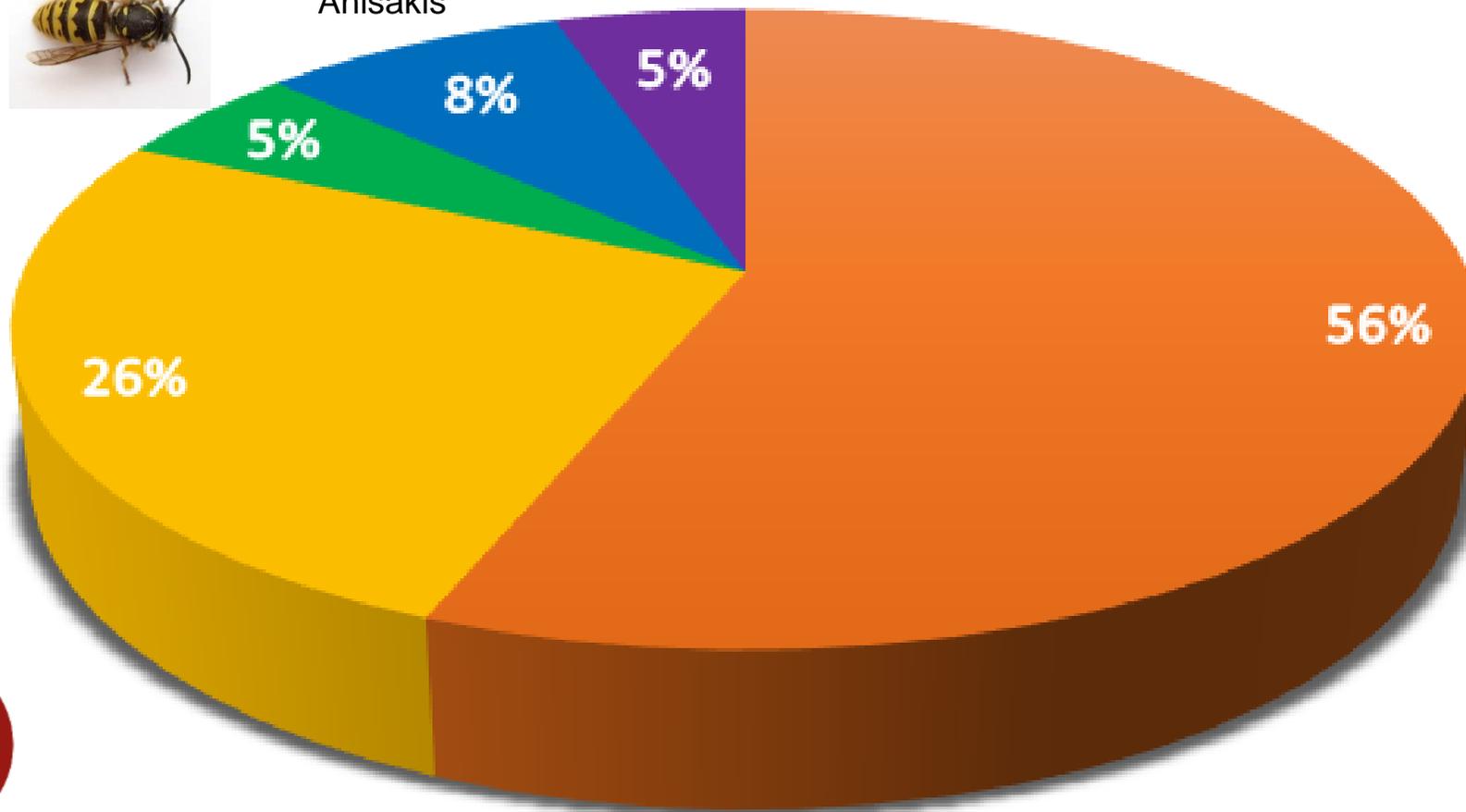
## Importancia de la anafilaxia



# Causas de anafilaxia

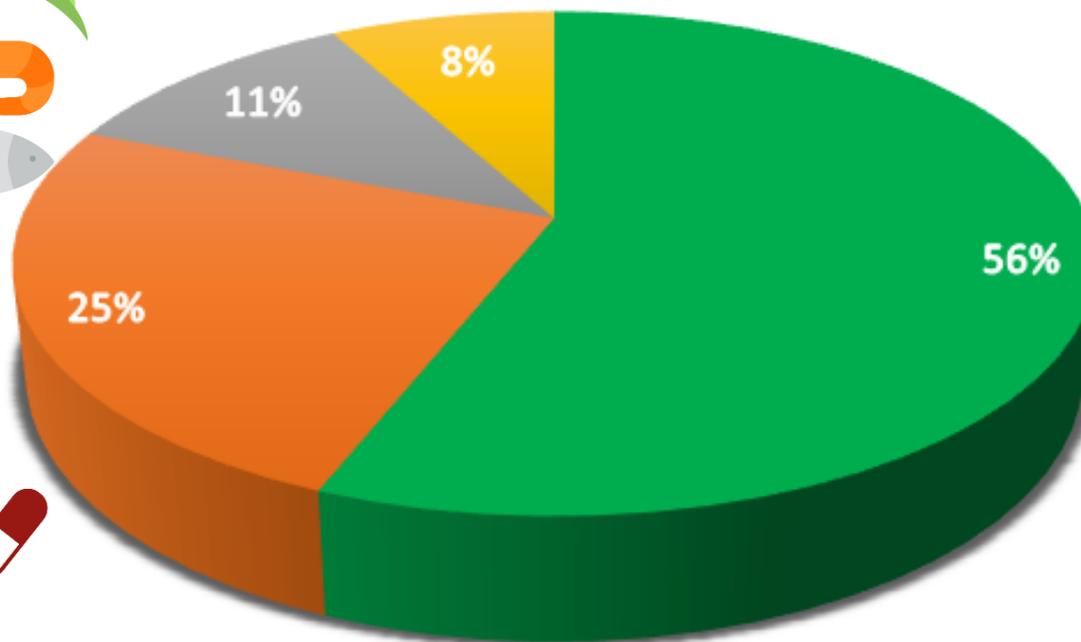


Látex  
Anisakis



■ Fármacos ■ Alimentos ■ Picaduras ■ Otros ■ Desconocidas

# Anafilaxia en >65 años



Véspula (71%)



Polistes (avispa papelera)



Abeja

■ Himenópteros ■ Fármacos ■ Alimentos ■ Otros

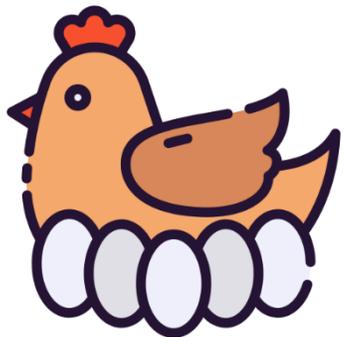
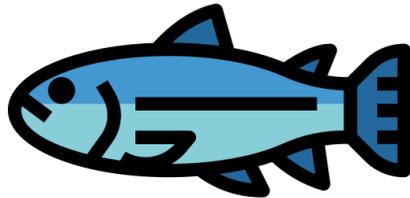
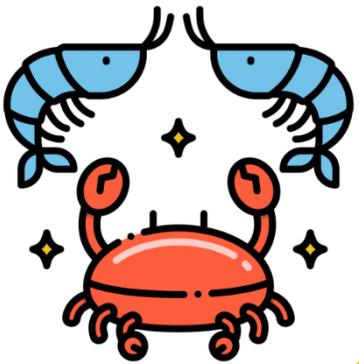
**Más presencia de síntomas CV:** comorbilidades CV, medicación, menos mecanismo de compensación

Mayor asociación con **cofactores:** por uso de fármacos.

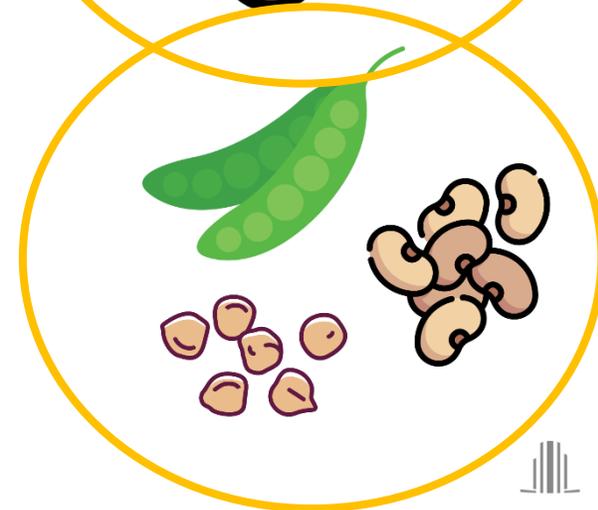
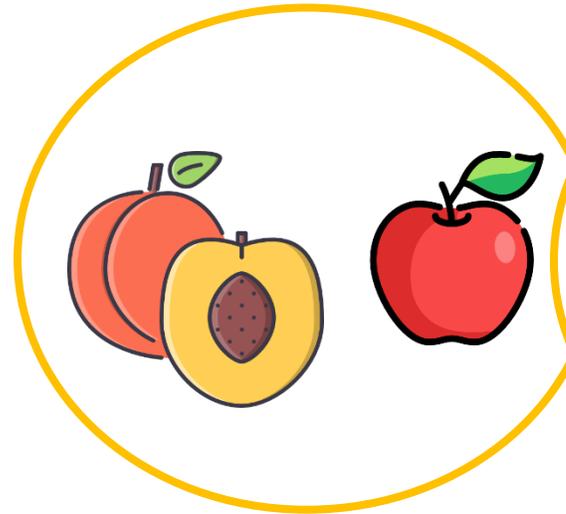


# Alimentos

## Animales



## Vegetales



# Anafilaxia por alimentos: LTP

## Lipid transfer protein

- Proteína ubicua en el reino vegetal.
- Frutas, verduras, frutos secos, hortalizas, cereales y algunos pólenes.
- Susceptible a cofactores\*
- \*Cofactores: situaciones que pueden desencadenar o exacerbar reacciones alérgicas en combinación con el alimento
  - Alcohol
  - Ejercicio
  - Antiinflamatorios
  - Fiebre
  - Menstruación
  - Estrés

Melocotón  
Pru p 3



Manzana  
Mal d 3



Pera  
Pyr c 3



Ciruela  
Pru d 3



Albaricoque  
Pru ar 3



Uva  
Vit v 1



Cereza  
Pru av 3



Lechuga  
Lac s 1



Avellana  
Cor a 8



Nuez  
Jug r 3



Almendra  
Pru du 3



Trigo  
Tri a 14



Tomate  
Sola l 3/Lyc e 3



Maíz  
Zea m 14



Cacahuete  
Ara h 9



# Medicamentos

- **Antibióticos:**

- Betalactámicos:

- Penicilinas
    - Cefalosporinas

- Quinolonas

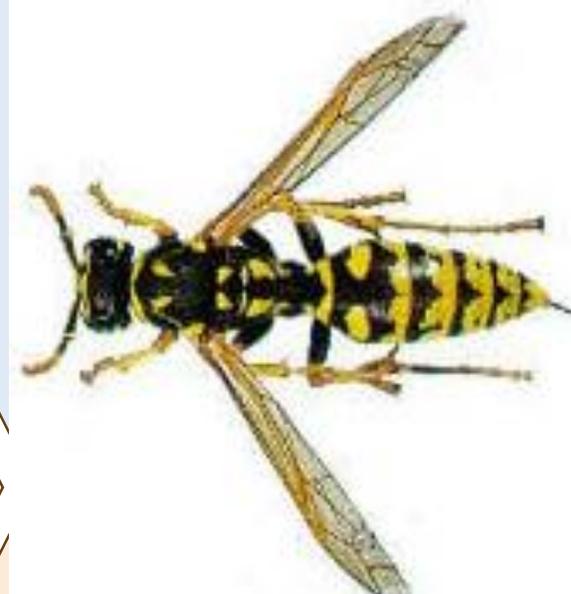
- **Analgésicos: AINEs (incluido pirazolonas)**

- AINESs: cofactor en LTP
  - Metamizol
  - Otros ibuprofeno  
dexketoprofeno

# Himenópteros



Véspula (71%)



Polistes  
(avispa papelera)



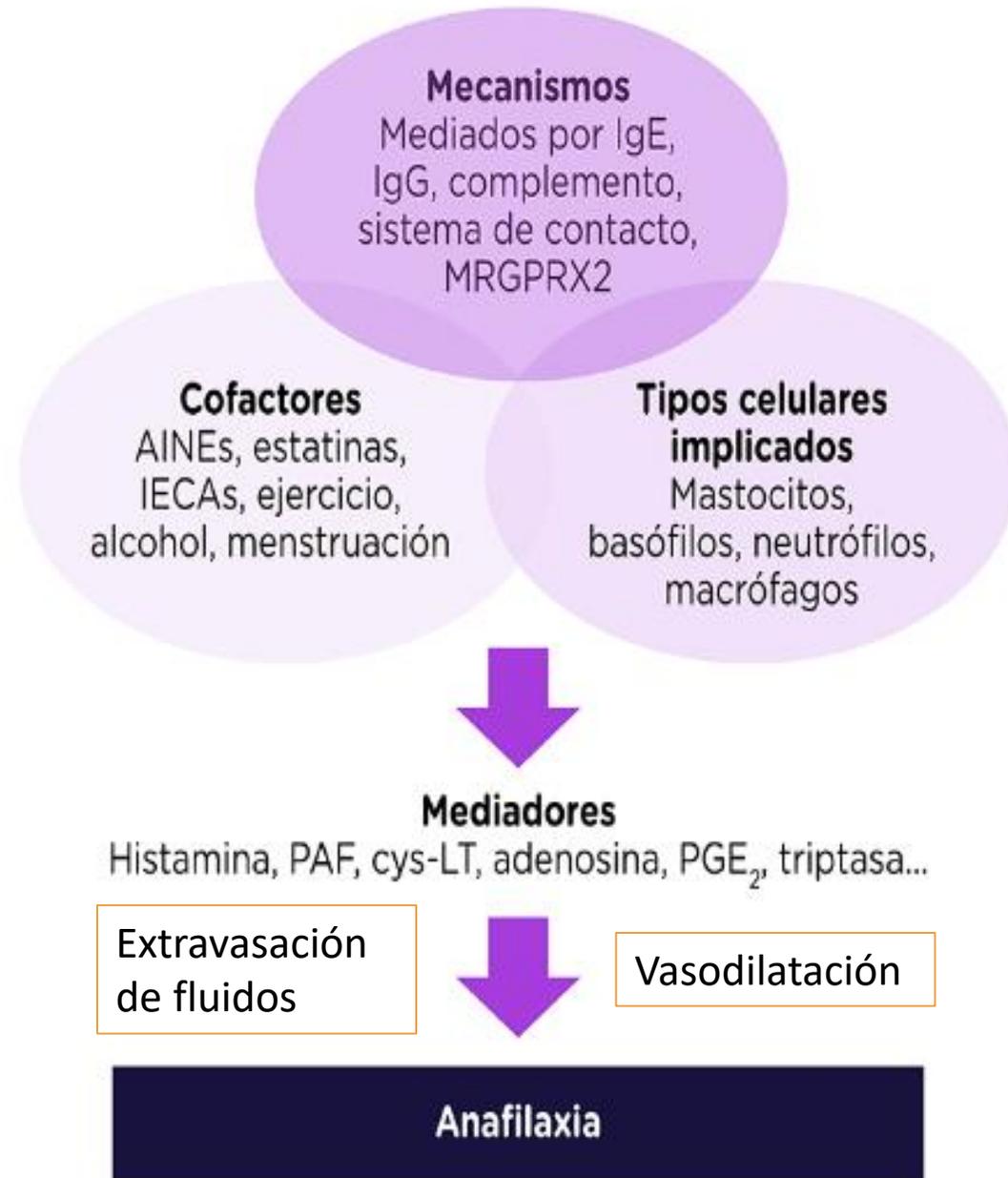
Abeja



Vespa velutina

# Mecanismos fisiopatológicos

- Mediado por IgE
- Mediado por IgG
- Sistema de complemento
- Sistema de contacto
- MRGPRX2 (bloqueantes neuromusculares, quinolonas)



# **Definición de anafilaxia**

**DefinicionES**



La anafilaxia es un diagnóstico CLÍNICO; una definición precisa no es importante para el tratamiento

## Anafilaxia se caracteriza por

- **Inicio brusco y rápida progresión** de síntomas
- Afectación de vía **A**érea, **B** respiración y **C**irculación
- Afectación frecuente de piel y/o mucosas (UC, AE, flushing)

El diagnóstico es más probable si hay un alérgeno probable o conocido. En 30% no lo hay.

## Recordar

- Piel y mucosas únicamente no son un signo de anafilaxia
- Afectación de piel y mucosas puede ser sutil o ausente en 20%.

**Síntomas G-I** (dolor abdominal intenso y/o vómitos repetidos) pueden ser síntomas de anafilaxia

Síntomas G-I en ausencia de A, B y/o C no suelen indicar anafilaxia.

# Anafilaxia

Cuadro de inicio súbito, progresión rápida

El diagnóstico es clínico y una definición precisa no es importante para el tratamiento. (Resuscitation Council UK 2021)

## Datos de alarma

prurito palmoplantar

prurito cuero cabelludo, “cavidades”,

hiperemia conjuntival



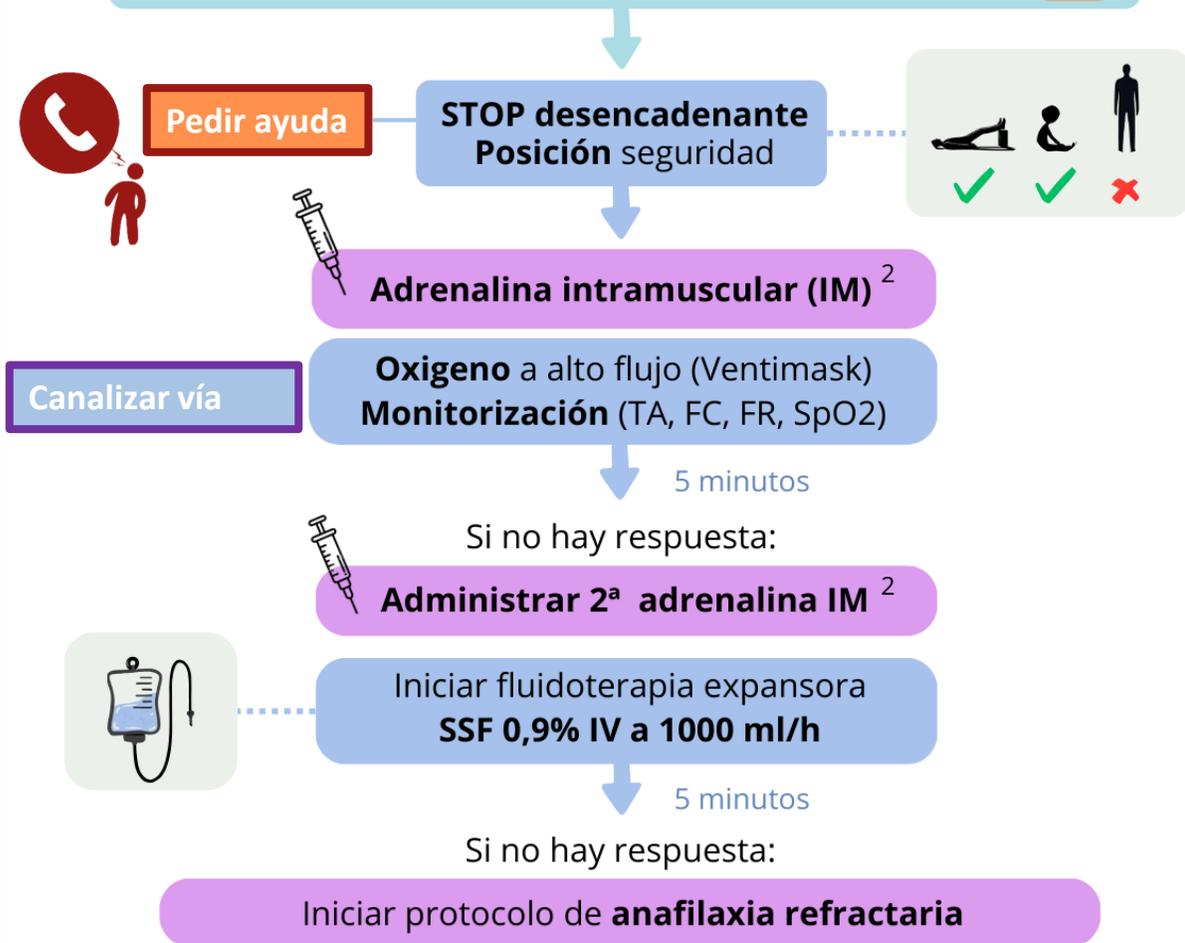
# Conceptos clave

- **Reconocimiento precoz**
  - **Adrenalina**



# ANAFILAXIA

Síntomas sistémicos de inicio brusco tras exposición a un desencadenante, con progresión rápida y compromiso **ABC**<sup>1</sup>



Tratamientos de 2ª y 3ª línea (antihistamínicos, corticoides, antieméticos...) **solo después** de la estabilización del paciente, **y solo si tienen indicación.**

# Algoritmo de manejo de anafilaxia

## 1 Signos de compromiso **ABC**

### A VÍA AÉREA ALTA

Estridor  
Voz ronca  
Apnea  
Trabajo respiratorio

### B VÍA AÉREA BAJA

Sibilancias  
Trabajo respiratorio  
Cianosis  
↓ SpO2 <94%

### C CARDIOVASCULAR

Hipotensión  
Palidez, diaforesis  
Confusión  
↓ nivel conciencia

## 2 Adrenalina IM

Utilizar adrenalina a concentración 1mg/ml (1:1000)

**Adultos y niños >12 años:** 500 µg IM (0.5 ml)

**Niños 6-12 años:** 300 µg IM (0.3 ml)

**Niños 6 meses - 6 años:** 150 µg IM (0.15 ml)

**Niños <6 meses:** 100 - 150 µg IM (0.1 - 0.15 ml)

# Tratamiento anafilaxia

**MEDIA AMPOLLA**

Adrenalina intramuscular

1mg/ml  
[1:1000]

0,01 mg/kg máximo 0,5mg **vs. 0,5mg en >12 años**

Si no hay mejoría repetir tras 5-10 minutos.



# Otros tratamientos de primera línea

Posición de seguridad



Oxígeno

Alto flujo

Mascarillas  
efecto Venturi

Reposición de fluidos

500-1000 ml rápidos  
o

1-2 L/h

Se pueden perder hasta  
3-5 L en shocks graves

Suero cristalinoide o  
salino fisiológico.



# TRATAMIENTO SINTOMÁTICO

## Prurito, urticaria, angioedema

- Antihistamínicos vo/iv
- Corticoides vo/iv
- Vigilar progresión

## Vómitos, dolor, diarrea

- Metoclopramida/ ondansetrón
- Vigilancia

## Broncoespasmo, sibilancias, disnea

- Broncodilatadores: salbutamol, atrovent
- Hidrocortisona 100mg o 200mg iv

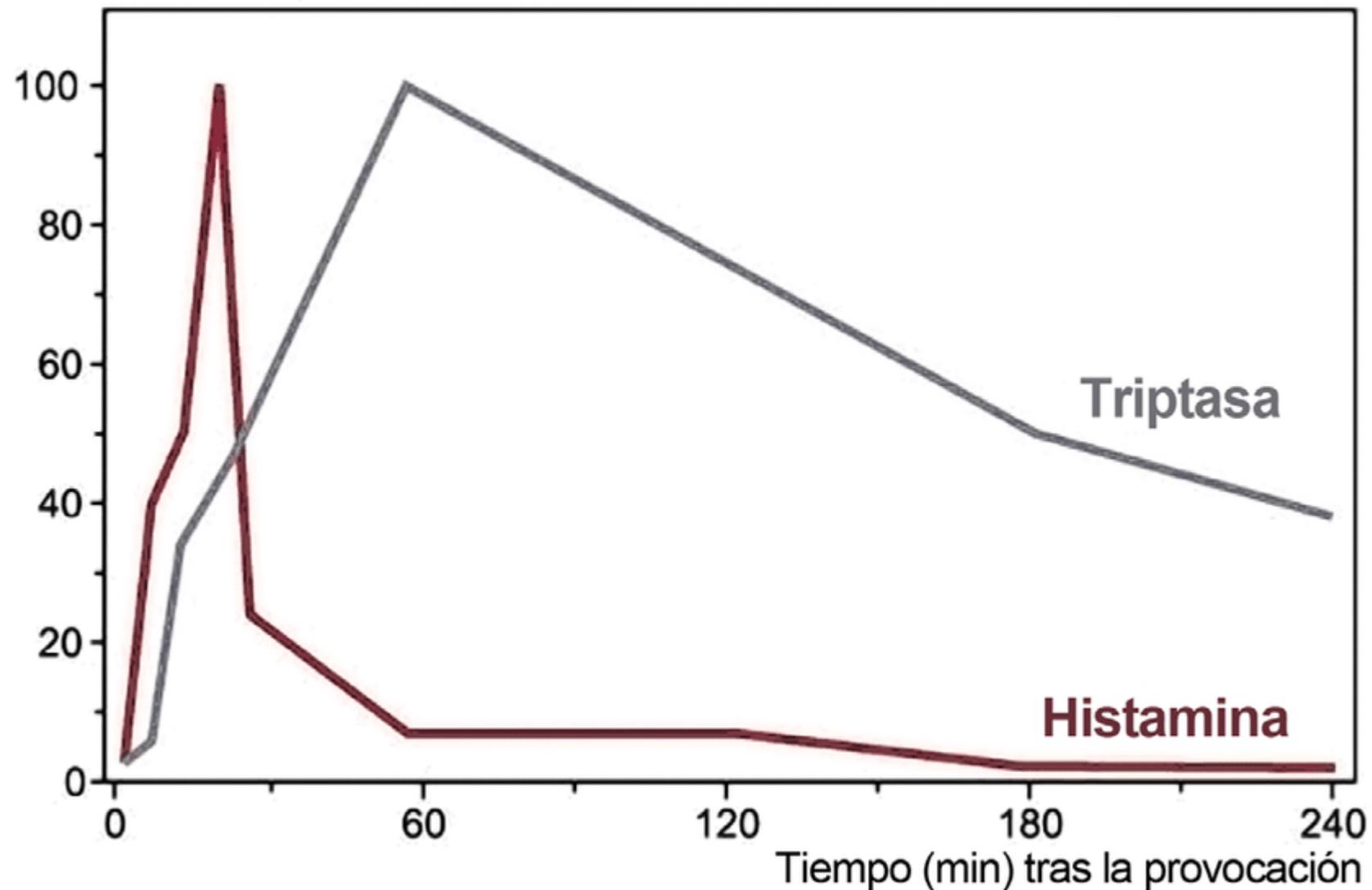
# Pruebas complementarias

## Triptasa

Elevación significativa de triptasa:

- $(\text{Triptasa basal} \times 1,2) + 2$

% Nivel máximo del mediador



# Cuidados posteriores

- **Vigilancia según:**

- gravedad de la reacción,
- comorbilidades (asma grave),
- accesibilidad a atención sanitaria,
- noche,
- más de 1 adrenalina,
- antecedentes de anafilaxias refractarias o bifásicas,
- desencadenante desconocido

- **Manejo de comorbilidades: asma grave.**

- **Evitaciones.**

- **Plan de acción para emergencias: adrenalina en autoinyector** (excepto en anafilaxia por medicamentos certera) y antihistamínicos.

- **Derivación a Alergología.**



# Autoinyectores de adrenalina

## Altellus



## Jext



## Anapen



MODIFICACIÓ:

**Prescripció**

Medicament
  Principis actius
  Fòrmula magistral
  Remeis

Codi
  Nom producte
  Via d'administració

epinefr

cada   hores  setmanes  
 dies  mesos

en dejú  
 abans de menjar  
 durant el menjar  
 després de menjar

**Durada del tractament**  
 Durada:   dies  
 setmanes  
 mesos  
 indefinida

**Càlcul**  
 Si cal  
 Envàs cada  dies



**Altres indicacions**

**Instruccions**

Pacient:

Farmacèutic:

Codi	Descripció
MI1485	<b>EPINEFRINA</b>
MI1486	EPINEFRINA BITARTRAT

Selecció de producte:  Finançats  Sense finançament públic

**Sortir**

EFG	PR	Preu	Descripció	Unitats	Codi
		84,17	<a href="#">ANAPEN 0,30MG/0,3ML 2 JERINGAS PRECARGADAS 0,3ML SOLUCION INYECTABLE</a>	2	721057
		42,09	<a href="#">ALTELLUS 300MCG ADULTOS 1 PLUMA PREC 2ML SOLUCION INYECTABLE</a>	1	656714
		42,09	<a href="#">ANAPEN 0,30MG/0,3ML 1 JERINGAPRECARGADA 0,3ML SOLUCION INYECTABLE</a>	1	687625
		45,49	<a href="#">ALTELLUS 150MCG NIÑOS 1 PLUMAPREC 2ML SOLUCION INYECTABLE</a>	1	656715
		45,49	<a href="#">ANAPEN 0,15MG/0,3ML 1JERINGAPRECARG 0,3ML SOLUCION INYECTABLE</a>	1	687623
		90,98	<a href="#">ALTELLUS 150MCG NIÑOS 2 PLUMAS PRECARGADAS 2ML SOLUCION INYECTABLE</a>	2	714042
		90,98	<a href="#">ANAPEN 0,15MG/0,3ML 2 JERINGAS PRECARG 0,3ML SOLUCION INYECTABLE</a>	2	721042
		70,14	<a href="#">ANAPEN 0,50MG/0,3ML 1 JERINGAPRECARGADA SOLUCION INYECTABLE</a>	1	722200

€ Medicament sense finançament públic

● EFG ● Producte afectat pel sistema de preus de referencia (PR)

# Mitos y leyendas sobre la adrenalina y anafilaxia

- Si le ponemos adrenalina intramuscular (IM) tendremos que llevarle a urgencias.
- Si se pone adrenalina IM hay que monitorizar continuamente.
- Si se pone adrenalina IM tendrá que quedarse muchas horas en urgencias, tardará en irse de alta.
- Si es un paciente cardiópata, hipertenso o embarazada está contraindicada la adrenalina IM
- Si ya hemos puesto corticoides y Polaramine mejor no poner adrenalina IM, mejor esperamos.
- Al alta tras recuperación completa: antihistamínicos y corticoides por si acaso.
- Si no soy especialista o estoy en el hospital mejor no pongo la adrenalina IM.



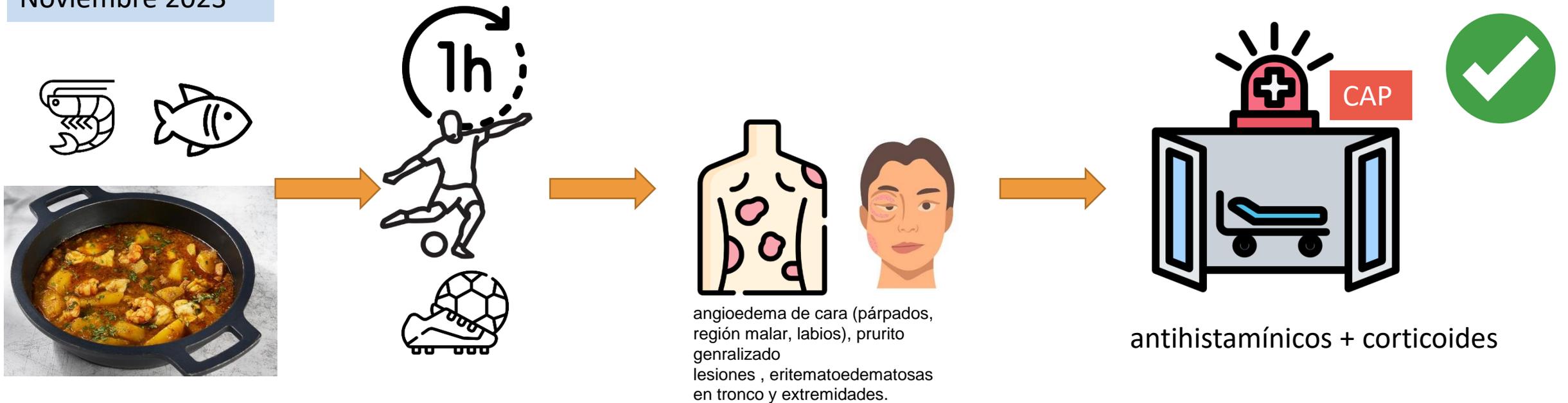
# Caso clínico



29 años  
Sin antecedentes

Derivado por su médico de Atención Primaria por reacción alérgica.

Noviembre 2023



¿Anafilaxia?

Sí

No



# Caso clínico

## ADRENALINA



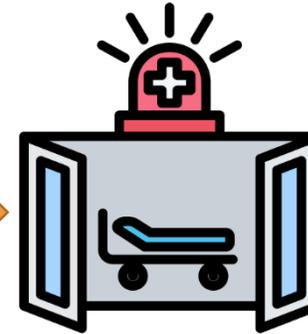
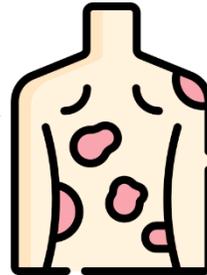
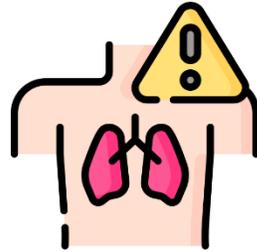
29 años  
Sin antecedentes

Febrero 2024

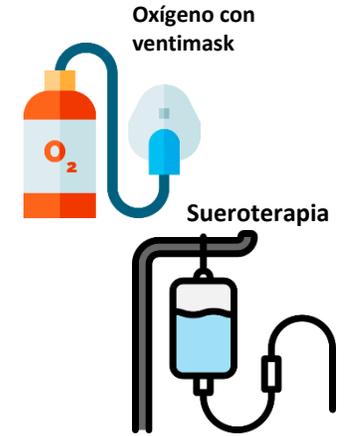


x2

Cofactores en LTP



Regular a mal estado general, debilidad generalizada + dificultad respiratoria. Letargia, angioedema facial, hipotensión de 70/40mmHg, 100lpm, desaturación de 92% con hipofonesis bilateral. Lesiones habonosas en extremidades y tórax.



Urbasón 40mg iv  
Polaramine 5mg iv

¿Anafilaxia?

Sí

No

TA 100/70mmHg y SatO2 100%.  
vigilancia y sueroterapia  
TA120/70mmHg y SatO2 98%, auscultación normal. ECG normal.  
Estabilidad + observación  
Alta con corticoides orales y antihistamínicos.

No otros cofactores

# Conclusiones

- Reconocer rápido, actuar rápido: adrenalina
- No es necesario un diagnóstico preciso para actuar.
- Atención Primaria y Urgencias: papel clave en diagnóstico y prevención de recurrencias: evitaciones al alta y adrenalina autoinyectable.
- Plan de acción.
- Derivación a Alergología.
- Corticoides y antihistamínicos con criterio, no por defecto.





**En 1901 Charles Robert Richet y Paul Jules Portier, al buscar un suero para picaduras de medusa describieron la anafilaxia, esto le valió a Richet el Premio Nobel de Medicina en 1913.**