



ANAFILAXIA

Enfoque y manejo

Alfonso Mario Cepeda Sarabia

Alergólogo Clínico (Adultos) – Alergólogo Pediatra

Presidente Sociedad Latinoamericana de Alergia, Asma e Inmunología

2013-2015

Presidente Sociedad Colombiana de Alergia, Asma e Inmunología 1994-

1996

Grupos de Investigación Nacionales e Internacionales







ANA - PHILAXIS

- La anafilaxia la describieron por primera vez Charles Richet y Paul Portier, en 1901, al experimentar con un extracto acuoso de anémonas en un intento por inmunizar perros contra ese veneno.
- La reacción obtenida fue la contraria: provocaron una respuesta distinta a la profilaxia, de ahí que se haya aplicado el término ***ana*** opuesto a ***philaxis*** o protección, ***anafilaxia***.

Lieberman P. Anaphylaxis and anaphylactoid reactins. In Middleton E, Reed CE. Allergy Pinciples and Practice. 5a ed. New York: Mosby, 1998:1079-92.

ANAFILAXIA

- La anafilaxia es una reacción alérgica aguda, sistémica, **casi siempre grave y potencialmente mortal**.
- Es un padecimiento reconocido y temido por la mayoría de los clínicos debido a su asociación con el colapso cardiovascular o asfixia por edema laríngeo de muy rápido inicio y riesgo de muerte.

INCIDENCIA

- La incidencia de la anafilaxia va de 3 a 30 por cada 100,000 personas-año.
- De acuerdo con las Guías de Alergia de la Organización Mundial de la Salud, la incidencia es de 130 por cada 100,000 personas de entre 0 y 4 años de edad.
- El índice de **mortalidad va de 0.05 a 2% del total de las reacciones.**

- Lindsey E. Moore, DO, Ann M. Kemp, et al. Recognition, treatment and prevention of Anaphylaxis. *Immunol Allergy Clin N Am* 2015; 35:363-74.
- Estelle FR, et al. WAO Guidelines: 2013 update of evidence based medicine on Anaphylaxis. *Int Arch Allergy Immunol* 2013; 162:193-204.
- Sampson HA, Mu.oz Furlong, et al. Second symposium on the definition and management of anaphylaxis. *JACI* 2006;117:391-7

PREVALENCIA

- La prevalencia de reacción anafiláctica por alimentos es mayor en niños que en adultos.
- **Cada vez se observan más cuadros por reacción cruzada de alimentos y alérgenos inhalables** que requieren el conocimiento especializado para ser diagnosticados adecuadamente.
- Ejemplo de alimento comúnmente implicado en la anafilaxia es el maní o cacahuate, cuya prevalencia en población norteamericana va de 1 a 2% y en aumento y se sabe que los sensibilizados con Jug r 2 son más susceptibles al edema glótico y anafilaxia.

QUIEN PUEDE PRESENTAR ANAFILAXIA?

- Pueden sufrirla pacientes previamente **sanos** luego de la exposición fortuita en su ambiente habitual, escolar, en salas de urgencias, con la aplicación de anestesia y en procedimientos quirúrgicos, o bien al recibir tratamientos de quimioterapia, anticuerpos monoclonales o agentes biológicos.
- Los mecanismos de respuesta pueden ser inmunológicos o no inmunológicos.

ANAFILAXIA UNIFASICA Y BIFASICA

- La respuesta anafiláctica, como conjunto de síntomas severos súbitos y progresivos se denomina **unifásica** y **ocurre en minutos a horas después de la exposición al agente causal.**
- Está descrita también una respuesta tardía, **bifásica** o **recurrente que suele aparecer entre 1 y 72 horas posteriores a la exposición.**

Cuadro 2. Criterios clínicos diagnósticos

1. Inicio agudo de síndrome cutáneo o mucoso

(urticaria, eritema generalizado, prurito, edema labial, uvular o lingual) junto con al menos uno de los siguientes:

- a) Afección respiratoria (disnea, sibilancias, estridor, disminución del flujo espiratorio pico, hipoxemia)
- b) Disminución de la TA o síntomas de disfunción multiorgánica (hipotonía, síncope, incontinencia)

2. Aparición rápida de dos o más de los siguientes síntomas luego de la exposición a un alergeno potencial:

- a) Afección de piel o mucosas
- b) Afección respiratoria
- c) Disminución de la TA o síntomas de disfunción multiorgánica
- d) Síntomas gastrointestinales persistentes (dolor abdominal, cólico, vómitos)

3. Disminución de la TA en minutos u horas tras la exposición a un alergeno conocido:

- a) Lactantes (1 a 12 meses): TAS menor de 70 mmHg
- b) Niños 1 a 10 años: TAS menor de 70 mmHg + (edad años x 2)
- c) Niños mayores de 11 años: TAS menor de 90 mmHg o descenso de 30% de su basal.

Cuadro 3. Diagnóstico diferencial de anafilaxia

Urticaria/angioedema

- Urticaria idiopática
- Déficit de C1 inhibidor hereditario o adquirido
- Angioedema por inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina

Otras causas de choque

- Séptico, cardiogénico, hemorrágico

Enfermedades que simulan edema de la vía respiratoria alta

- Reacciones distónicas por metoclopramida, proclorperazina o antihistamínicos
- Reflujo esofágico agudo

Distrés respiratorio agudo

- Asma
- Embolia pulmonar aguda
- Crisis de pánico
- Globo histérico
- Laringoespasma
- Disfunción de cuerdas vocales
- Aspiración de cuerpo extraño en niños

Síndromes que cursan con eritema o flushing

- Carcinoide
- Posmenopáusico
- Inducido por alcohol
- Carcinoma medular de tiroides
- VIPomas
- Síndrome del hombre rojo

Miscelánea

- Reacciones vasovagales
- Escombroidosis
- Síndrome del restaurante chino
- Reacciones por sulfitos
- Enfermedad del suero
- Feocromocitoma
- Síndrome de hiperpermeabilidad capilar generalizado
- Enterocolitis inducida por proteínas

Síndromes neurológicos

- Epilepsia
- Accidente cerebrovascular

FISIOPATOLOGÍA Y PATOGENIA

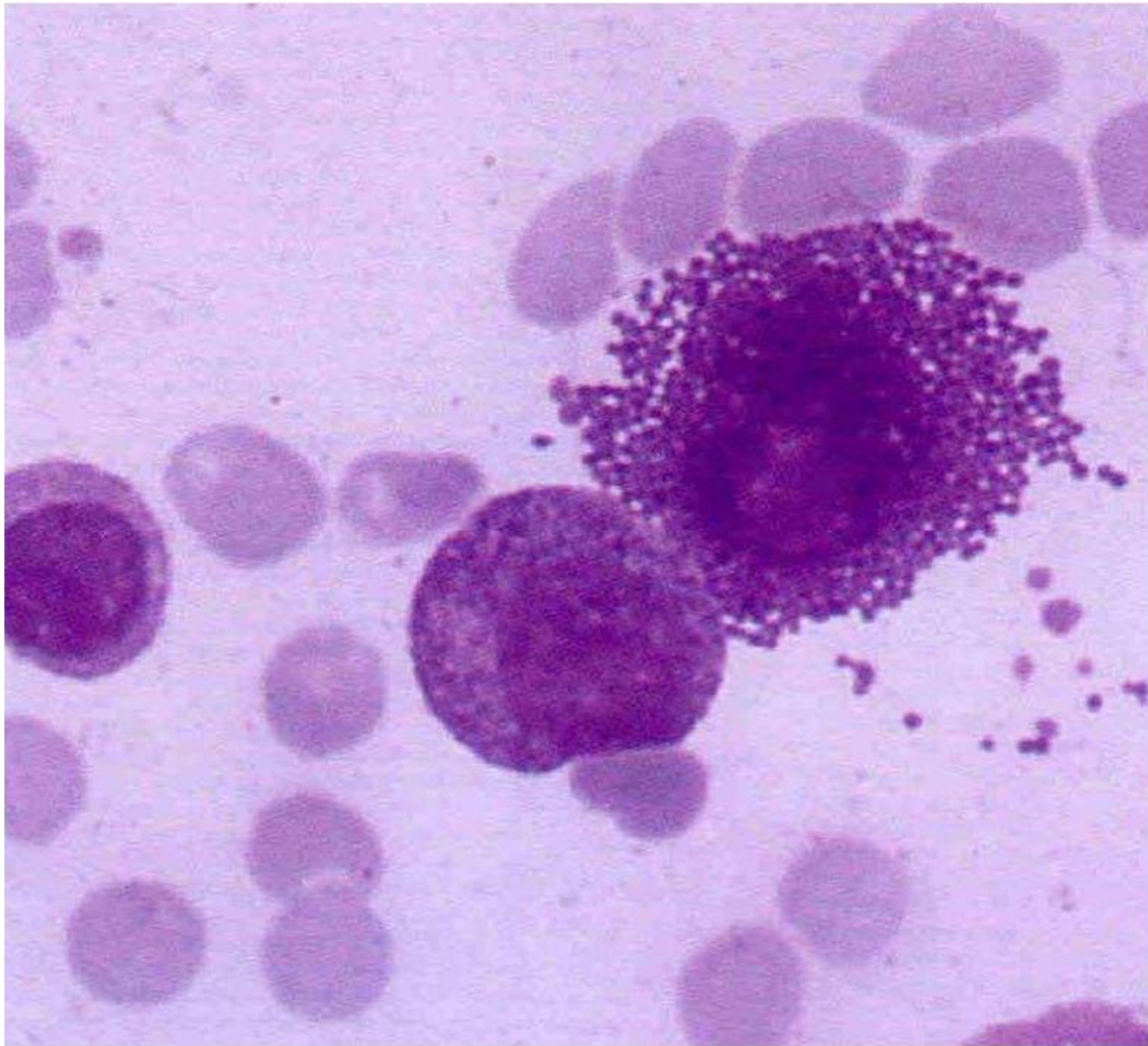
- Todos los síntomas y signos mencionados obedecen a las reacciones producidas ante la rápida **liberación de histamina, triptasa, leucotrienos, prostaglandinas, factor activador plaquetario y otros mediadores** en la circulación sistémica, a partir de las **células cebadas y basófilos.**

Mediadores y síntomas específicos

Por su unión a receptores específicos en los tejidos afectados al momento de la anafilaxia

Estos mediadores participan en la manifestación de los diversos síntomas por su unión a receptores específicos en los tejidos afectados al momento de la anafilaxia.

- La **histamina** actúa en la **piel y vasos sanguíneos**
- La **PGD2** en el **cerebro, la piel y vasos sanguíneos**.
- La **triptasa** activa el **complemento**.
- La **bradisinina** induce **hipotensión y edema**
- Los **leucotrienos** inducen **broncoespasmo y edema**
- el **factor activador de plaquetas** induce, predominantemente, **vasodilatación**.

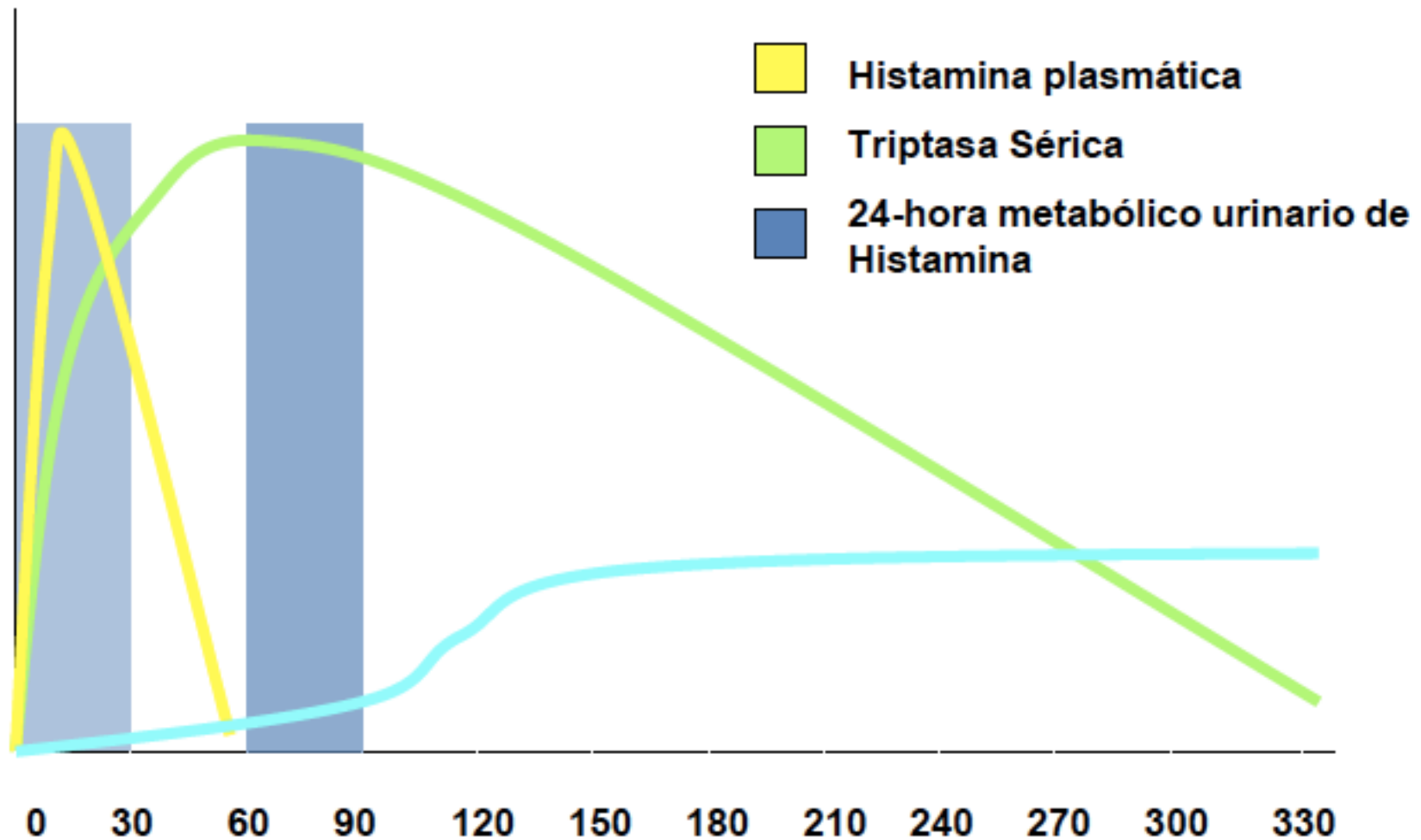


Triptasa sérica

Sospecha clínica de anafilaxia: 3 muestras

1. Tras la instauración del tratamiento
 2. 2 horas del comienzo de la crisis
 3. 24 horas
- Tubo vacío o con coagulante, indicado para la obtención de suero
 - Puede almacenarse temporalmente en el frigorífico hasta el procesamiento de la muestra.

PRUEBAS DE LABORATORIO EN EL DIAGNÓSTICO DE ANAFILAXIA



Cuadro 1. Principales causas de la anafilaxia

- **Alimentos:** frutas, frutos secos, marisco, pescado en adultos; huevo, leche y los anteriores en niños.
- **Fármacos:** beta-lactámicos, antiinflamatorios no esteroideos otros antibióticos y medios de contraste.
- **Picadura de insectos:** abejas, avispas, hormigas, garrapatas.

Otras :

- **Mordedura de animales:** víboras, conejos, ratas y ratones
- **Latex:** en personal médico, dentistas y en niños con espina bífida, malformaciones genitourinarias con cirugías múltiples.
- **Inducida por ejercicio:** independiente o previa ingesta de alimento alergénico.
- Inmunoterapia y agentes biológicos
- Inducida por semen
- **Idiopática**



Systematic review to identify the predominant causes of food anaphylaxis



- Peanut
- Tree nuts
- Crustacea
- Finned fish
- Cow's milk
- Egg
- Sesame
- Wheat



Latin American anaphylaxis registry

Edgardo J. Jares, MD^{a*}, Victoria Cardona, MD, PHD^b, R. Maximiliano Gómez, MD, PHD^c, Jonathan A. Bernstein, M.D^d, Nelson A. Rosario Filho, MD^e, Ivan Cherez-Ojeda, MD, MSC^f, Luis Felipe Ensina, MD PHD^g, Alicia De Falco, MD^h, María C. Díaz, MDⁱ, Pierre A. Chávez Vereau, MD^j, Mara M. Rocha Felix, MD, PHD^k, Jorge Lavrut, MD^l, Oscar I. Moreno Laflor, MD^l, Patricia Latour Staffeld, MD^m, Pedro Piraino, MDⁿ, Perla Alacaraz Duarte, MD^o, Juan C. Ivancevich, MD^p, Fabian Dabove, MD^q, Pedro Giavina-Bianchi, MD^r, Iván O. Tinoco Moran, MD^s, Fabiana A. Nunes Oliviera, MD^t, Silvana Monsell, MD^u, María V. Souza, MD^l, Alfonso M. Cepeda, MD^v, Pablo D. Slullitel, MD^w and Blanca M. Morfin-Maciel, MD^x

ABSTRACT

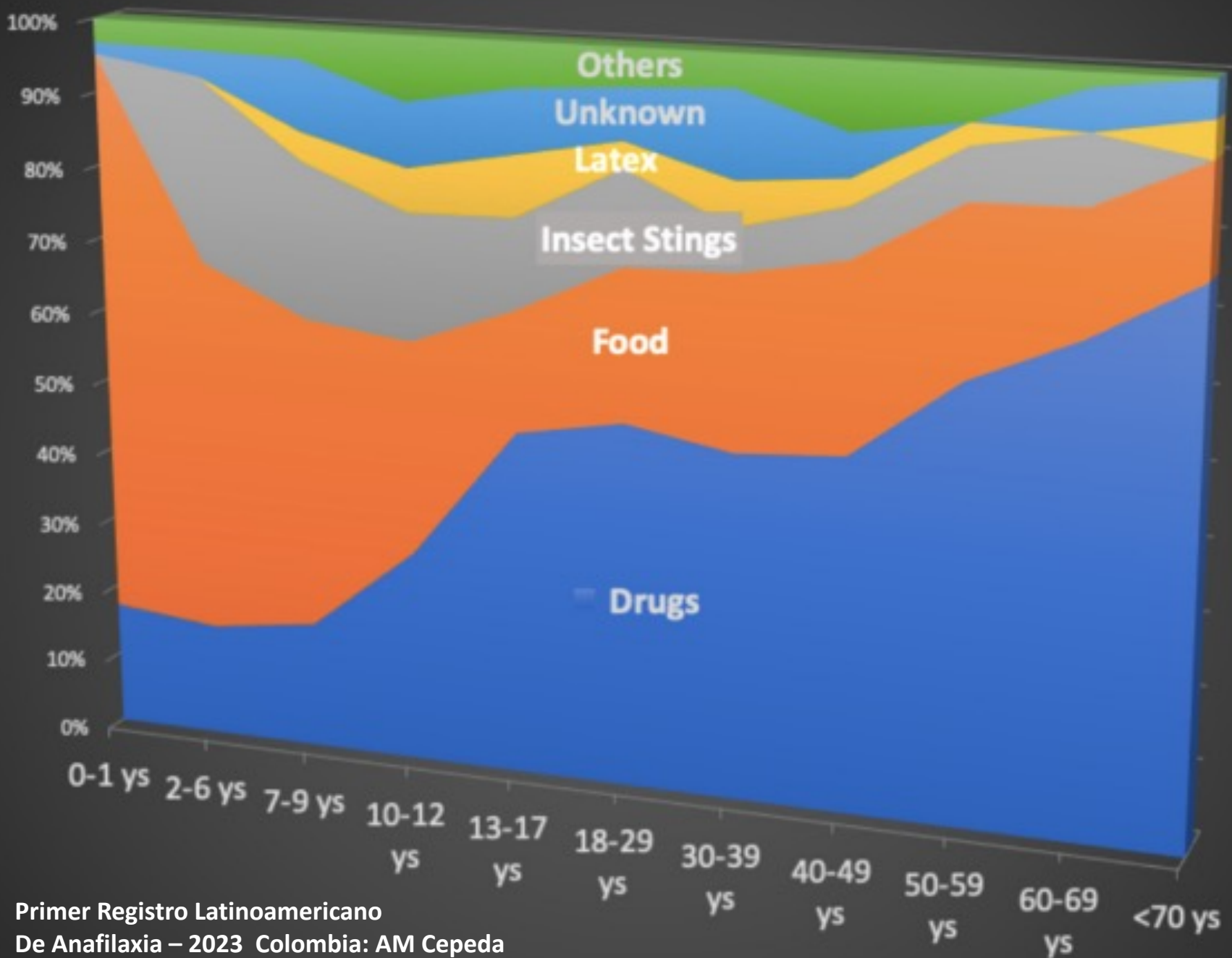
Background: Recent data about clinical features, triggers and management of anaphylaxis in Latin America is lacking.

Objective: To provide updated and extended data on anaphylaxis in this region.

Method: An online questionnaire was used, with 67 allergy units involved from 12 Latin-American countries and Spain. Among data recorded, demographic information, clinical features, severity, triggering agents, and treatment were received.

	Latin America (n%)
<u>Anaphylaxis cases</u>	772 (100)
Children/adolescents	329 (42.6)
Time to reaction 0-10 min	361 (44.2)
<u>Elicitors:</u>	
DIA	320 (41.4)
NSAIDs	137 (42.8 ^a)
Beta Lactams	82 (25.6 ^a)
FIA	243 (31.5)
Milk	103 (42.4 ^a)
Nuts	15 (6.2 ^a)
Fruits	13 (5.3 ^a)
VIA	94 (12.2)
Bees	17 (18.1 ^a)
<u>Treatment</u>	
Intramuscular Epinephrine	283 (36.7)
<u>ED Discharge</u>	
Action Plan	188 (24.4)
Epinephrine Autoinjector	48 (6.2)

Primer Registro
Latinoamericano
De Anafilaxia - 2023
Colombia: AM Cepeda



Primer Registro Latinoamericano De Anafilaxia – 2023 Colombia: AM Cepeda

	Overall	Children- adolescents n (%) (0-17 ys)	Adults n (%) (18-64 ys)	Elderly n (%) (65-84 ys)	Triggers n (%)				
					Food	Drugs	Insects	Others	Unknown
Anaphylactic reactions, n (%)	817	338 (41.4)	436 (53.4)	43 (5.3)	269 (32.9)	332 (40.6)	98 (12)	67 (8.2)	51 (6.3)
Cutaneous, n (%)	764 (93.5)	325 (96.2)	402 (92.2)	37 (86)	255 (94.8)	309 (93.1)	97 (99)	58 (86.6)	45 (88.2)
Respiratory, n (%)	649 (79.4)	258 (76.3)	357 (81.9)	34 (79.1)	198 (73.6)	272 (81.9)	78 (79.6)	58 (86.6)	46 (84.3)
Cardiovascular, n (%)	324 (39.7)	72 (21.3)	226 (51.8)	26 (60.5)	66 (24.5)	155 (46.7)	37 (37.8)	40 (59.7)	26 (51)
Gastrointestinal, n (%)	241 (29.5)	114 (33.7)	120 (27.5)	7 (16.3)	135 (50.2)	75 (22.6)	14 (14.3)	10 (14.9)	7 (13.7)
Previous anaphylactic reactions	198 (24.3)	45 (13.3)	147 (33.9)	6 (14)	90 (33.6)	56 (16.9)	16 (16.3)	22 (32.8)	14 (27.4)
Severity, n (%)									
Mild	87 (10.6)	38 (11.2)	46 (10.6)	3 (7)	28 (10.4)	37 (11.1)	9 (9.2)	8 (11.9)	5 (9.8)
Moderate	449 (55)	182 (53.8)	246 (56.4)	21 (48.9)	163 (60.6)	193 (58.1)	46 (46.9)	30 (44.8)	17 (33.3)
Severe	279 (34.1)	118 (34.9)	142 (32.6)	19 (44.2)	78 (29)	102 (30.7)	42 (42.9)	29 (43.3)	28 (54.9)
Fatal	3 (0.3)		3 (0.7)				2 (2)		1 (1)

Table 2. Symptoms, previous anaphylaxis and severity related to age and triggers *Abbreviations: n = number.*

SINTOMAS

	Overall	Children-adolescents n (%) (0-17 ys)
Anaphylactic reactions, n (%)	817	338 (41.4)
Cutaneous, n (%)	764 (93.5)	325 (96.2)
Respiratory, n (%)	649 (79.4)	258 (76.3)
Cardiovascular, n (%)	324 (39.7)	72 (21.3)
Gastrointestinal, n (%)	241 (29.5)	114 (33.7)
Previous anaphylactic reactions	198 (24.3)	45 (13.3)

Severity, n (%)

Mild	87 (10.6)	38 (11.2)
Moderate	449 (55)	182 (53.8)
Severe	279 (34.1)	118 (34.9)
Fatal	3 (0.3)	

SEVERIDAD

Primer Registro
Latinoamericano
De Anafilaxia - 2023
Colombia: AM Cepeda

SINTOMAS

	Adults n (%) (18–64 ys)	Elderly n (%) (65–84 ys)	Triggers n (%)				
			Food	Drugs	Insects	Others	Unknown
Anaphylactic reactions, n (%)	436 (53.4)	43 (5.3)	269 (32.9)	332 (40.6)	98 (12)	67 (8.2)	51 (6.3)
Cutaneous, n (%)	402 (92.2)	37 (86)	255 (94.8)	309 (93.1)	97 (99)	58 (86.6)	45 (88.2)
Respiratory, n (%)	357 (81.9)	34 (79.1)	198 (73.6)	272 (81.9)	78 (79.6)	58 (86.6)	46 (84.3)
Cardiovascular, n (%)	226 (51.8)	26 (60.5)	66 (24.5)	155 (46.7)	37 (37.8)	40 (59.7)	26 (51)
Gastrointestinal, n (%)	120 (27.5)	7 (16.3)	135 (50.2)	75 (22.6)	14 (14.3)	10 (14.9)	7 (13.7)
Previous anaphylactic reactions	147 (33.9)	6 (14)	90 (33.6)	56 (16.9)	16 (16.3)	22 (32.8)	14 (27.4)

Severity, n (%)

Mild	46 (10.6)	3 (7)	28 (10.4)	37 (11.1)	9 (9.2)	8 (11.9)	5 (9.8)
Moderate	246 (56.4)	21 (48.9)	163 (60.6)	193 (58.1)	46 (46.9)	30 (44.8)	17 (33.3)
Severe	142 (32.6)	19 (44.2)	78 (29)	102 (30.7)	42 (42.9)	29 (43.3)	28 (54.9)
Fatal	3 (0.7)				2 (2)		1 (1)

SEVERIDAD

Primer Registro Latinoamericano De Anafilaxia - 2023 Colombia: AM Cepeda

Table 2. Symptoms, previated to age and triggers Abbreviations: n = number.

Elicitor	Overall n (%)	<18 y n (%)	≥18-64 y n (%)	≥65 y n (%)
Drugs	332 (40.6) ^a	75 (9.1) ^a	227 (27.8) ^a	30 (3.7) ^a
NSAIDs	139 (41.9)	34 (45.3)	100 (44.1)	5 (16.7)
	Metamizole 38 (11.4), ibuprofen 38 (11.4), diclofenac 23 (6.9), AAS 10 (3), ketorolac 6 (1.8), naproxen 5 (1.5), paracetamol 5 (1.5), and others 16 (4.8)			
β lactam antibiotics	87 (26.2)	22 (29.3)	53 (23.3)	12 (40)
	Amoxicillin 38 (11.5), amoxicillin-clavulanic ac. 14 (4.2), cephalosporins 18 (5.5), and penicillin 17 (5.2)			
No-β lactam antibiotics	31 (9.3)	2 (2.7)	25 (11)	4 (13.3)
	Quinolones 12 (3.6), trimethoprim-sulfamethoxazole 6 (1.8), minocycline 3 (0.9), others 10 (3)			
Anesthetics	11 (3.3)	2 (2.7)	6 (2.6)	2 (6.7)
	Fentanyl 3 (0.9), lidocaine 3 (0.9), propofol 2 (0.6), succinylcholine 1 (0.3), Dexmedetomidine 1 (0.3) atracurium 1 (0.3)			
Contrasts	7 (2.1)	0	5 (2.2)	2 (6.7)
	Iodine contrast media 6 (1.8) Patent blue 1 (0.3)			
Others	58 (25.6)	15 (20)	38 (16.7)	5 (16.7)
Food	269 (32.9) ^a	162 (19.8) ^a	102 (12.5) ^a	4 (0.5) ^a
Milk	104 (38.7)	99 (61.1)	4 (3.9)	1 (25)
Shellfish	34 (12.6)	7 (4.3)	27 (25.5)	0
Egg	25 (9.3)	25 (15.3)	0	0
Tree Nut	23 (8.6)	12 (7.4)	10 (9.8)	1 (25)
Fresh Fruits	19 (7.1)	4 (2.5)	15 (14.2)	0
Fish	14 (5.2)	2 (1.2)	12 (11.3)	0
Peanut	11 (4.1)	5 (3.1)	6 (5.7)	0
Mite containing flour	7 (2.6)	2 (1.2)	6 (5.7)	0

DISPARADORES

Elicitor	Overall n (%)	<18 y n (%)	≥ 18-64 y n (%)	≥ 65 y n (%)
Soy	7 (2.6)	2 (1.2)	4 (3.9)	1 (25)
Wheat	5 (1.9)	2 (1.2)	3 (2.8)	0
Others	20 (7.4)	4 (2.4)	15 (14.7)	1 (25)
Insects n (%) rowhead	98 (12) ^a	59 (7.2) ^a	35 (4.3) ^a	4 (0.5) ^a
Fire ants	67 (68.4)	49 (83.1)	18 (46.2)	0
Bees	20 (20.4)	5 (8.5)	12 (34.3)	3 (75)
Wasps	3 (3.1)	1 (1.7)	2 (5.1)	0
Black ants	2 (2)	2 (3.4)	0	0
Others/ Unknown	11 (11.2)	2 (3.4)	3 (8.6)	1 (25)

Table 3. (Continued) Triggers of anaphylaxis, and their distribution (n, % within each group) in children and adolescents (aged <18 years-old), adults (aged ≥18-64 years-old) and elderly (aged ≥65 years old) Abbreviations: n: Number, y = Years, NSAIDs: Non-Steroid Anti-inflammatory Drugs. ^a% total cases.

DISPARADORES

Primer Registro
Latinoamericano
De Anafilaxia - 2023
Colombia: AM Cepeda

DISPARADORES 0-18 años

Elicitor	Overall n (%)	<18 y n (%)
Drugs	332 (40.6) ^a	75 (9.1) ^a
NSAIDs	139 (41.9)	34 (45.3)
Metamizole 38 (11.4), ibuprofen 38 (11.4), diclofenac 23 (6.9), AAS 10 (3), ketorolac 6 (1.8), paracetamol 5 (1.5), and others 16 (4.8)		
β lactam antibiotics	87 (26.2)	22 (29.3)
Amoxicillin 38 (11.5), amoxicillin-clavulanic ac. 14 (4.2), cephalosporins 18 (5.5), and pen		
No-β lactam antibiotics	31 (9.3)	2 (2.7)
Quinolones 12 (3.6), trimethoprim-sulfamethoxazole 6 (1.8), minocycline 3 (0.9), others 10		
Anesthetics	11 (3.3)	2 (2.7)
Fentanyl 3 (0.9), lidocaine 3 (0.9), propofol 2 (0.6), succinylcholine 1 (0.3) Dexmedetomidine 1 (0.3) atracurium 1 (0.3)		
Contrasts	7 (2.1)	0
Iodine contrast media 6 (1.8) Patent blue 1 (0.3)		
Others	58 (25.6)	15 (20)
Food	269 (32.9) ^a	162 (19.8) ^a
Milk	104 (38.7)	99 (61.1)
Shellfish	34 (12.6)	7 (4.3)
Egg	25 (9.3)	25 (15.3)
Tree Nut	23 (8.6)	12 (7.4)
Fresh Fruits	19 (7.1)	4 (2.5)
Fish	14 (5.2)	2 (1.2)
Peanut	11 (4.1)	5 (3.1)
Mite containing flour	7 (2.6)	2 (1.2)

Elicitor	Overall n (%)	<18 y n (%)
Soy	7 (2.6)	2 (1.2)
Wheat	5 (1.9)	2 (1.2)
Others	20 (7.4)	4 (2.4)
Insects n (%) rowhead	98 (12) ^a	59 (7.2) ^a
Fire ants	67 (68.4)	49 (83.1)
Bees	20 (20.4)	5 (8.5)
Wasps	3 (3.1)	1 (1.7)
Black ants	2 (2)	2 (3.4)
Others/ Unknown	11 (11.2)	2 (3.4)

Table 3. (Continued) Triggers of anaphylaxis, and their distribution (n, % within each group) in children and adolescence elderly (aged ≥ 65 years old) Abbreviations: n: Number, y = Years, NSAIDs: Non-Steroid Anti-inflammatory Drugs. ^a% total cases.

DISPARADORES 0-18 años

Primer Registro
Latinoamericano
De Anafilaxia - 2023
Colombia: AM Cepeda

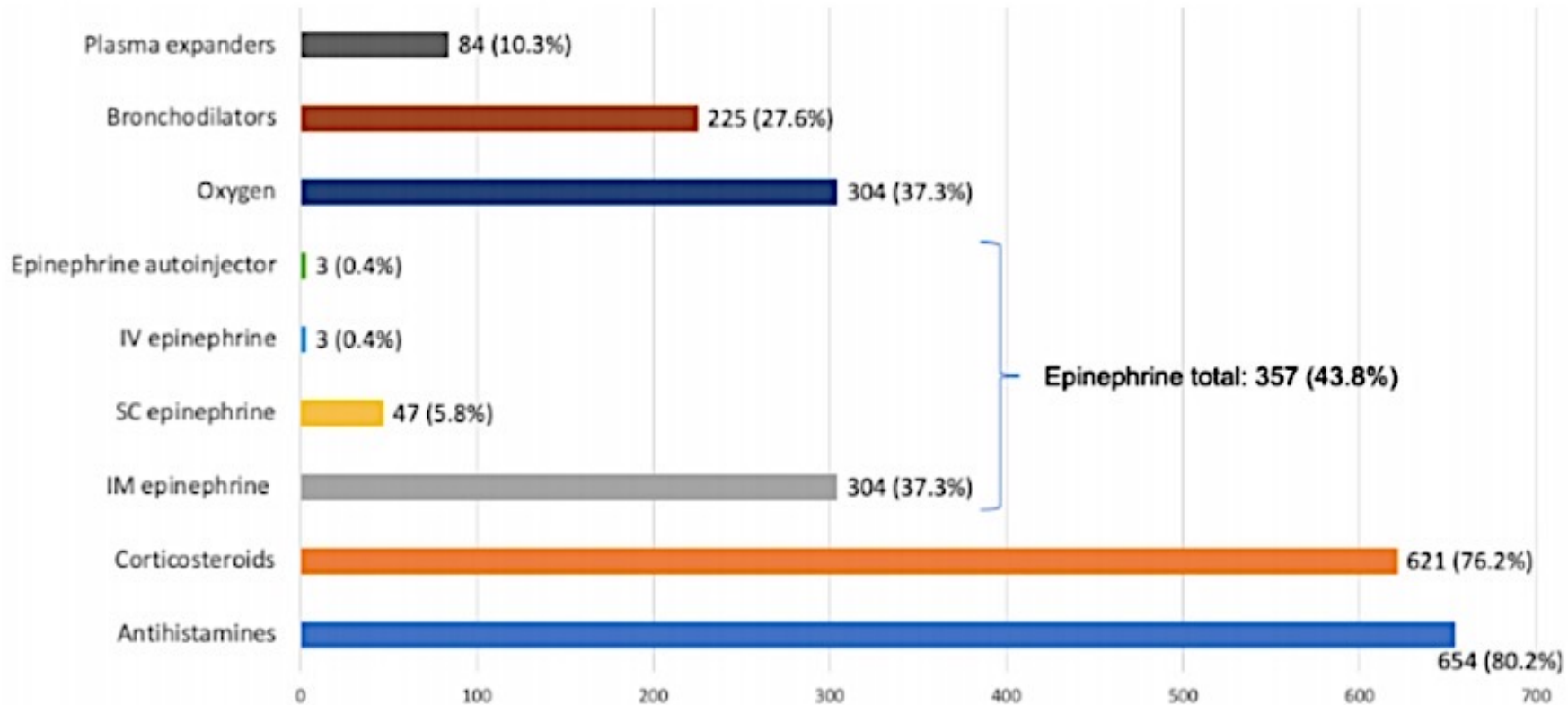


Fig. 3 Pharmacological treatment Abbreviations: IV: Intravenous, SC: Subcutaneous, IM: Intramuscular.

	Latin America (n%)
<u>Anaphylaxis cases</u>	772 (100)
Children/adolescents	329 (42.6)
Time to reaction 0-10 min	361 (44.2)
<u>Elicitors:</u>	
DIA	320 (41.4)
NSAIDs	137 (42.8 ^a)
Beta Lactams	82 (25.6 ^a)
FIA	243 (31.5)
Milk	103 (42.4 ^a)
Nuts	15 (6.2 ^a)
Fruits	13 (5.3 ^a)
VIA	94 (12.2)
Bees	17 (18.1 ^a)
<u>Treatment</u>	
Intramuscular Epinephrine	283 (36.7)
<u>ED Discharge</u>	
Action Plan	188 (24.4)
Epinephrine Autoinjector	48 (6.2)

Primer Registro
Latinoamericano
De Anafilaxia - 2023
Colombia: AM Cepeda

Observaciones de la Anafilaxia:

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Síntomas cutáneos más comunes (> 90% de los pacientes).
- Los síntomas de la piel, la boca y la garganta a menudo se notan primero.
- Síntomas respiratorios: 40% a 70% de los pacientes.
- Síntomas gastrointestinales: alrededor del 30% de los pacientes.
- Choque: alrededor del 10% de los pacientes.
- Signos y síntomas: generalmente dentro de 5 a 30 minutos.
- Cuanto más rápido es el inicio, más grave es la reacción.

ANAFILAXIA EN BEBES

La anafilaxia en los bebés puede presentarse con síntomas inespecíficos, como enrojecimiento facial, vómitos y heces sueltas.

La taquicardia o la hipotensión concurrentes deben despertar la sospecha de una posible anafilaxia.





Desencadenantes de la anafilaxia: látex

- **Algunos grupos tienen un mayor riesgo**
 - Trabajadores de la salud (11-15%)
 - Niños con espina bífida (hasta el 50%)
 - Personas con 3 o más cirugías
 - De lo contrario < 1% de la población
- La incidencia ha disminuido desde que están disponibles los guantes de látex sin talco y los guantes que no son de látex.

Anafilaxia asociada al ejercicio (AE) Dependiente a la ingesta de alimentos

- El ejercicio conduce a una mayor permeabilidad intestinal, lo que aumenta la ingesta de alérgenos alimentarios.
- Los pacientes con niveles bajos de anticuerpos alimentarios IgE son tolerantes hasta que se estresan por el ejercicio.
- En la AE dependiente del trigo, los ejercicios activan la transglutaminasa tisular, lo que da como resultado complejos de gliadina omega-5 de alto peso molecular que se unen a la IgE con mayor intensidad y conducen a la anafilaxia.





MANIFESTACIONES

- Desde el punto de vista clínico, los signos y síntomas obedecen a la liberación generalizada de mediadores inflamatorios de las células cebadas y basófilos, con sus consecuentes efectos en los diferentes aparatos y sistemas:
- Cutáneo, gastrointestinal, respiratorio, nervioso y cardiovascular.
- Esto provoca un **síndrome multisistémico**, variable en su presentación, forma y rapidez de inicio de los síntomas, que lo hace difícil de identificar en muchos casos.

Reconocimiento precoz de anafilaxia en población pediátrica.

Aunque se ha notificado un aumento de la incidencia de la anafilaxia infantil, sigue estando infradiagnosticada. Los alimentos son los desencadenantes más frecuentes de la anafilaxia, sobre todo la leche de vaca, el huevo de gallina y los frutos secos. Otras causas frecuentes de anafilaxia en niños y adolescentes son el veneno y los fármacos. La piel es el órgano más comúnmente afectado, pero aproximadamente el 10% de los pacientes con anafilaxia pueden presentarse sin síntomas cutáneos, lo que puede llevar a un diagnóstico erróneo.

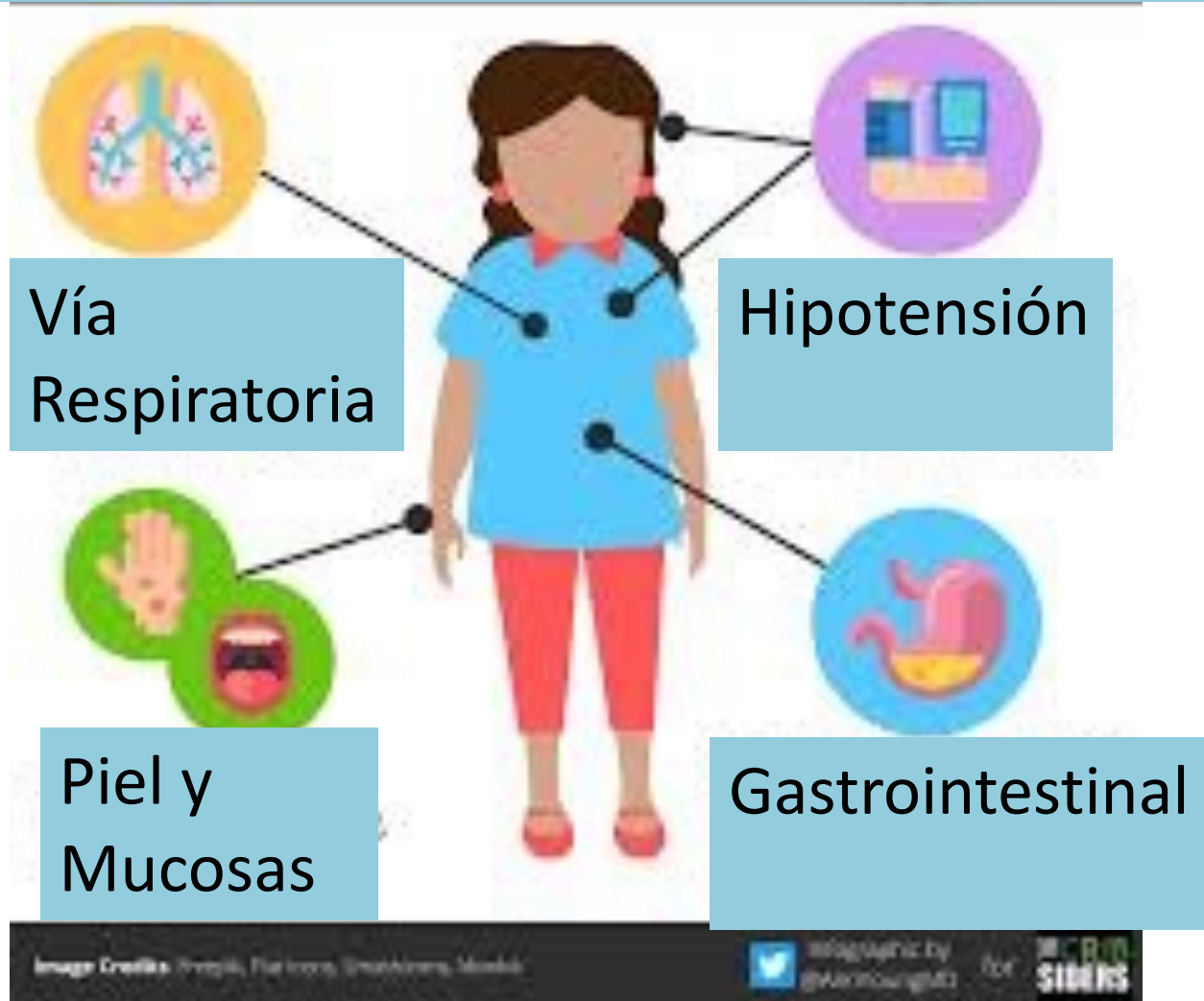
Reconocimiento precoz de anafilaxia en población pediátrica.

Además, la anafilaxia en lactantes suele plantear un reto distinto, ya que el amplio espectro de manifestaciones clínicas y la incapacidad de los lactantes para describir sus síntomas pueden dificultar un diagnóstico y tratamiento rápidos. Dada la rápida aparición de la anafilaxia y su impredecible gravedad, es fundamental una evaluación rápida y un tratamiento adecuado.

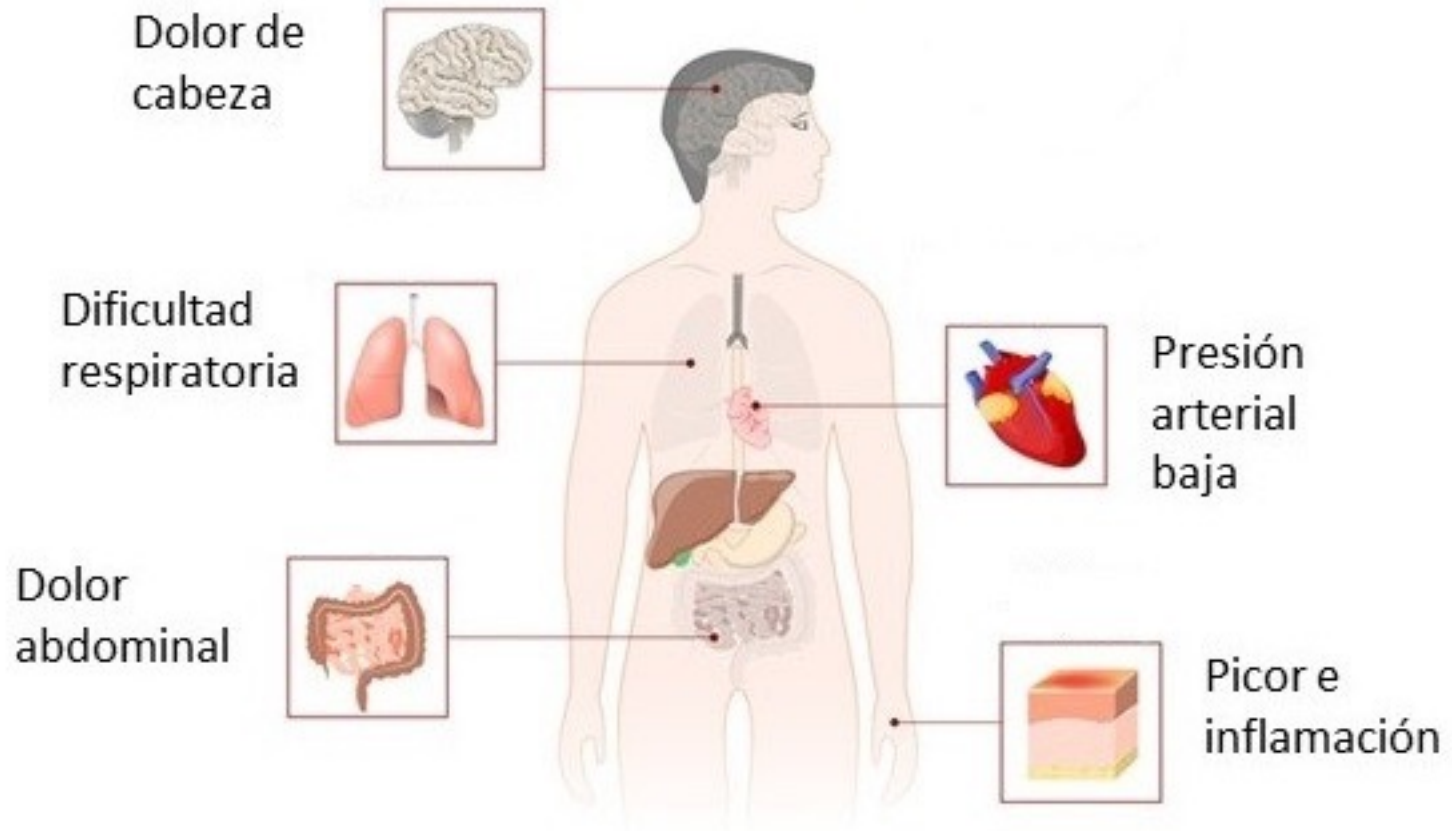
CHOQUE ANAFILACTICO: RIESGO

- Las anafilaxias más graves son las que se manifiestan con: **hipoxia, hipotensión y daño neurológico.**
- De ahí que las anafilaxias graves muestren signos de: cianosis, saturación de oxígeno menor de 92 y 94% en niños, hipotensión, confusión, hipotonía, pérdida de conciencia o incontinencia.

Cómo se presenta la anafilaxia?



Cómo se presenta la anafilaxia?











Anafilaxia

- La **adrenalina intramuscular** es el tratamiento de elección en la anafilaxia en cualquier ámbito y debe administrarse precozmente.
- La triptasa sérica puede ser un marcador útil para confirmar el diagnóstico de anafilaxia.
- Todo individuo que haya sufrido un evento de anafilaxia o tenga riesgo de sufrirlo debería llevar consigo **adrenalina autoinyectable**.
- El paciente que haya sufrido anafilaxia debe ser remitido, con carácter preferente, al alergólogo para estudio.

TRATAMIENTO INMEDIATO

- El tratamiento temprano de la anafilaxia con epinefrina puede prevenir la progresión a insuficiencia respiratoria potencialmente mortal y/o colapso cardiovascular.
- **Todas las guías publicadas recomiendan la administración temprana de epinefrina para la anafilaxia, incluso en casos dudosos.**
- A pesar de esta recomendación, los estudios sugieren que la epinefrina sigue siendo infrautilizada por los médicos de urgencias, y que también existen lagunas en el conocimiento del manejo de la anafilaxia entre los proveedores de atención primaria

Baalmann DV, Hagan JB, Li JT, et al. Appropriateness of epinephrine use in ED patients with anaphylaxis. *Am J Emerg Med.* 2016;34(2):174-179. (Observational study; 174 patients)
Kastner M, Harada L, Wasserman S. Gaps in anaphylaxis management at the level of physicians, patients, and the community: a systematic review of the literature. *Allergy.* 2010;65(4):435-444

Tratamiento precoz de anafilaxia.

- Aunque la **morbilidad y la mortalidad asociadas a la anafilaxia son potencialmente evitables con la administración oportuna de epinefrina**, que puede salvar vidas, la anafilaxia sigue estando infratratada en todo el mundo. El tratamiento a largo plazo de la anafilaxia es un enfoque multidimensional centrado en el paciente que se fundamenta en el **reconocimiento**, el uso de **autoinyectores de epinefrina** y la **prevención de las recurrencias**.

Posición de recuperación para bebés



Posición de recuperación Para niños mayores





Posición de recuperación
Para adultos







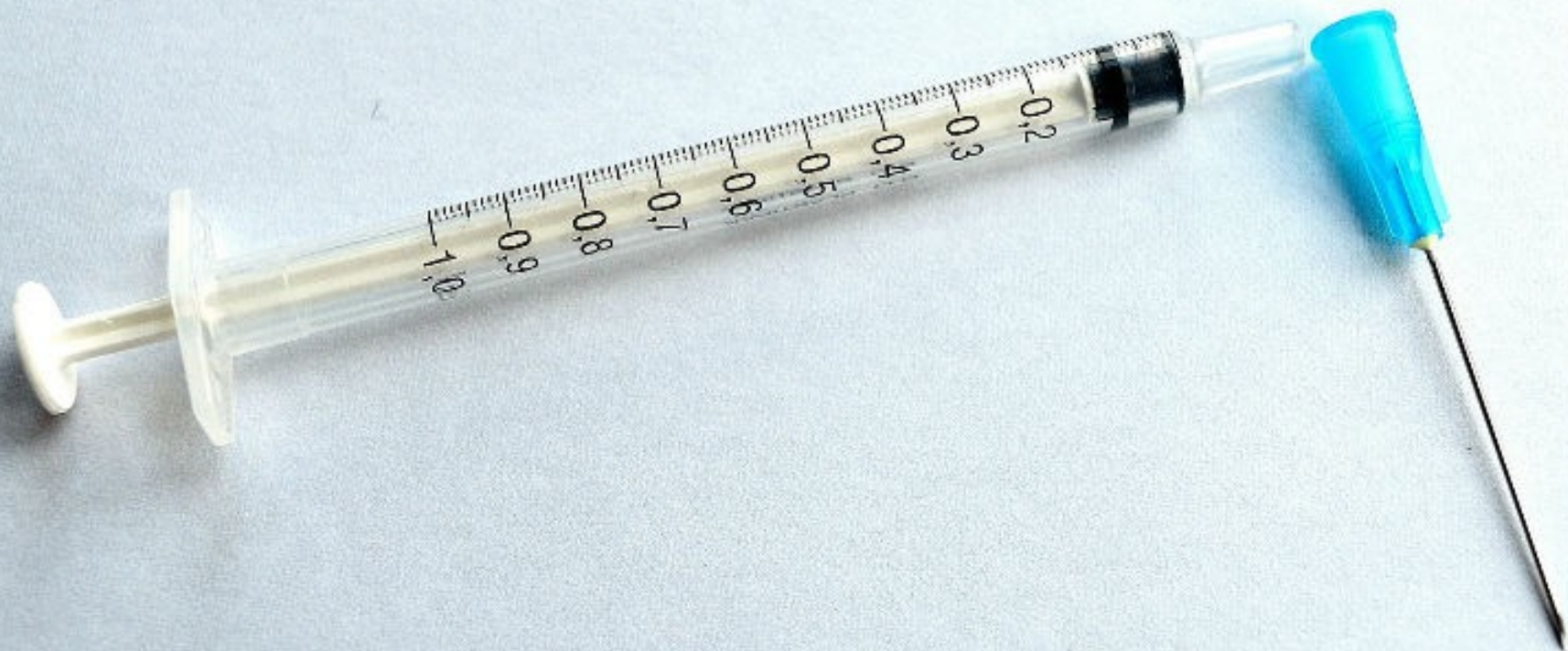




Adrenalina

- **La vía intramuscular (IM) es la vía de elección en el tratamiento inicial de la anafilaxia en cualquier situación (cara anterolateral del muslo).**
- **Dosis (1mg = 1ml de adrenalina en solución acuosa 1/1.000)**
- **Lactantes y niños: 0,01 mg /kg, máximo 0,3 mg**
- **Puede repetirse cada 5 a 15 minutos según la gravedad y tolerancia del paciente.**



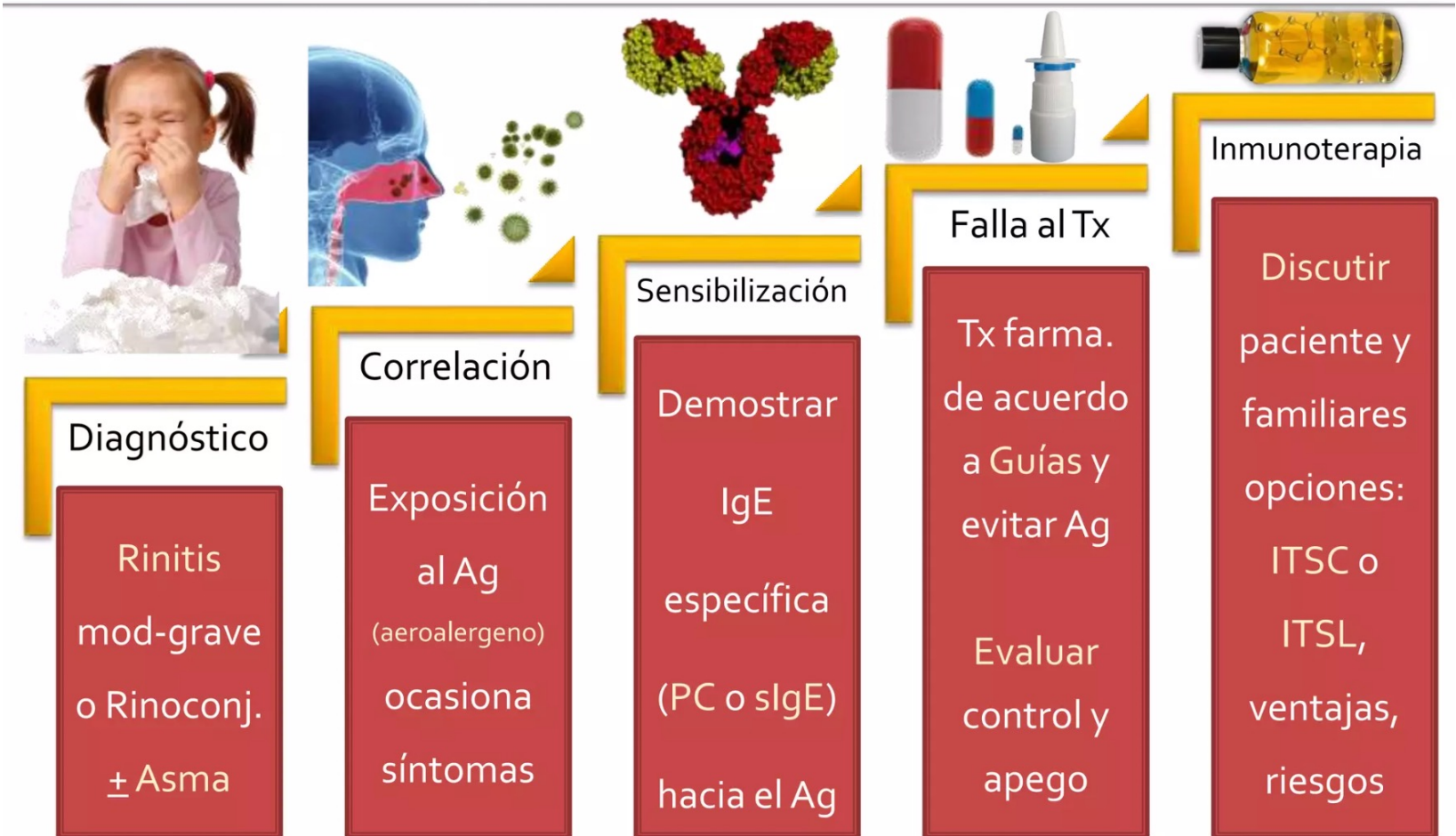




Neffy: Adrenalina no inyectable para tratar anafilaxias



Cuándo iniciar la inmunoterapia



Factores que contribuyen a

Errores comunes en el tratamiento de anafilaxia

- 1. No seguir las recomendaciones
- 2. No reconocer factores de riesgo, exacerbaciones y comorbilidades
- 3. No identificar el alérgeno
- 4. Retraso en el diagnóstico
- 5. Falta de evaluación de la gravedad
- 6. Ausencia de plan de diagnóstico y tratamiento
- 7. No solicitar ayuda
- 8. Retraso al iniciar el tratamiento
- 9. Tratamiento farmacológico incorrecto
- 10. Administración inadecuada de epinefrina
- 11. Ausencia de periodo prudente de observación tras el episodio
- 12. Falta de orientación al paciente al momento del egreso





GRACIAS !

Alfonso Mario Cepeda Sarabia

- Presidente 2013-2015 Sociedad Latinoamericana de Alergia, Asma e Inmunología, SLAAI
- Presidente 1994-1996 Asociación Colombiana de Alergia, Asma e Inmunología, SLAAI
 - Grupo de Investigación Nacionales e Internacionales