

MEDICAL OVERVIEW

Acceso privado

Manejo experto de la anafilaxia

Emergency Medicine Clinics of North America. 2025

DOI: 10.1016/j.emc.2025.06.005

Equipo especializado clínico Check Medicine

Introducción

La **anafilaxia** es una **reacción alérgica grave y potencialmente mortal**, con una **prevalencia mundial estimada entre 1% y 5%**, siendo **más frecuente en países industrializados**. Se caracteriza por una **afectación sistémica**, con compromiso simultáneo de **múltiples órganos y sistemas**, lo que explica su elevada morbilidad y riesgo vital.

- La **anafilaxia no se limita a urticaria o edema labial/laríngeo**, sino que puede involucrar sistemas **respiratorio, cardiovascular, gastrointestinal y neurológico**.
- El **reconocimiento precoz** y el **tratamiento oportuno**, especialmente con **epinefrina intramuscular**, son **críticos para reducir complicaciones**.
- El retraso diagnóstico o terapéutico puede conducir a **shock, recurrencia de síntomas y desenlaces fatales**.

Epidemiología

La anafilaxia puede presentarse a **cualquier edad**, pero su **distribución etaria no es homogénea**:

- Es **más frecuente en lactantes y niños pequeños**.
- Es **menos común en niños mayores y adolescentes**, aunque en estos grupos la **tendencia es creciente**.

Los autores describen un **aumento sostenido de las consultas en servicios de urgencia y hospitalizaciones**, especialmente por **anafilaxia inducida por alimentos (FIA)**:

- En **lactantes y preescolares**, se ha observado un aumento de hasta **200% en 10 años**.
- En **adolescentes**, el incremento alcanza cifras de **hasta 400%** en el mismo período.

Este fenómeno se ha documentado principalmente en **Estados Unidos**, pero también en **otros países industrializados**, lo que sugiere un patrón epidemiológico global.

Principales desencadenantes de anafilaxia

1. Alimentos (causa más frecuente, especialmente en niños pequeños)

- Maní
- Frutos secos
- Huevo
- Leche
- Pescado y mariscos

Hallazgos relevantes: **La leche** se asocia a **mayor gravedad clínica**. **Maní y frutos secos** presentan el **mayor riesgo de hospitalización**.

2. Medicamentos (segunda causa más frecuente)

- Penicilinas (**gatillante farmacológico más común**, a menudo con reacciones severas)
- AINEs

- Anticuerpos monoclonales
- IECA
- Vancomicina

Aspectos clínicos destacados: La **reactividad cruzada entre penicilinas y cefalosporinas es cercana al 4%**. La reacción a vancomicina (“**síndrome del hombre rojo**”) se clasifica actualmente como **anafilaxia no inmunológica**. Omalizumab puede inducir **anafilaxia tardía**.

3. Contexto perioperatorio

- Bloqueadores neuromusculares
- Hemoderivados
- látex

Características: Diagnóstico complejo por **imposibilidad de comunicación del paciente**. **Síntomas cutáneos frecuentemente ausentes**.

4. Otros desencadenantes

- Picaduras de insectos
- Anafilaxia inducida por ejercicio
- Vacunas
- Anafilaxia por líquido seminal

Puntos clave: Reacciones graves a insectos obligan a **descartar mastocitosis sistémica**. La anafilaxia inducida por ejercicio se potencia con **cofactores** como:

- Uso de AINEs
- Alta carga de pólenes
- Ingesta alimentaria específica

La anafilaxia por líquido seminal **no afecta la fertilidad**; se recomiendan **métodos de barrera**.

Fuente	Alérgenos	Notas clínicas relevantes
Alimentos (causa más frecuente, especialmente en niños pequeños)	Maní Frutos secos Huevo Leche Pescado / mariscos	• La mayor gravedad clínica se asocia a productos lácteos • El mayor riesgo de hospitalización se observa con maní, frutos secos y semillas
Medicamentos (segunda causa más frecuente)	Penicilinas AINEs Anticuerpos monoclonales IECA Vancomicina Otros	• Las penicilinas son el gatillante farmacológico más frecuente , a menudo con reacciones graves • Reactividad cruzada penicilinas–cefalosporinas ~ 4% • Los AINEs son el segundo gatillante farmacológico más común • Omalizumab (asma grave) puede provocar anafilaxia tardía • Vancomicina (“síndrome del hombre rojo”), antes clasificada como anafilactoide, hoy considerada anafilaxia no inmunológica
Perioperatorio	Bloqueadores neuromusculares Hemoderivados látex	• Diagnóstico complejo : el paciente no puede comunicar síntomas • Las manifestaciones cutáneas suelen estar ausentes
Otros	Insectos Anafilaxia inducida por ejercicio Vacunas Líquido seminal	• Ante reacciones graves por insectos, descartar mastocitosis sistémica • El riesgo de anafilaxia inducida por ejercicio aumenta con cofactores : uso de AINEs, alta carga de pólenes y ciertos alimentos • La urticaria colinérgica (asociada a hipertermia) no corresponde a anafilaxia inducida por ejercicio • La anafilaxia por líquido seminal no afecta la fertilidad ; se recomiendan métodos de barrera

Fisiopatología

La **anafilaxia** corresponde clásicamente a una **reacción de hipersensibilidad tipo I mediada por inmunoglobulina E (IgE)**.

Mecanismo inmunológico

La **exposición a un antígeno** provoca el **entrecruzamiento de IgE específica** unida a:

- **Mastocitos**
- **Basófilos**

Este proceso induce una **degranulación celular masiva**, con liberación de múltiples **mediadores químicos** responsables de las manifestaciones clínicas.

Principales mediadores involucrados

- Histamina
- Triptasa
- Leucotrienos
- Prostaglandinas
- Citoquinas

Además, durante la anafilaxia pueden activarse de forma secundaria:

- **La cascada de coagulación**
- **La cascada del complemento**

Esta activación sistémica explica:

- La **vasodilatación generalizada**
- El **aumento de la permeabilidad capilar**
- El **broncoespasmo**
- La **hipotensión distributiva**
- El **shock anafiláctico**

Punto fisiopatológico clave: La anafilaxia es una **respuesta sistémica amplificada**, no un fenómeno localizado, lo que justifica su rápida progresión y gravedad potencial.

Criterios diagnósticos

Existen **dos sistemas de criterios ampliamente aceptados** para el diagnóstico clínico de anafilaxia:

- **NIAID (National Institute of Allergy and Infectious Disease, 2006)**
- **WAO (World Allergy Organization, 2020)**

Ambos coinciden en elementos fundamentales, con **diferencias menores**.

Se requiere una **reacción aguda (minutos a horas)** posterior a la exposición a un **alérgeno conocido o sospechado**, asociada a un **conjunto característico de síntomas**.

NIAID 2006	WAO 2020
<p>La anafilaxia es altamente probable si se cumple uno de los siguientes tres criterios:</p>	<p>La anafilaxia es altamente probable si se cumple uno de los siguientes dos criterios:</p>
<p>1. Enfermedad aguda con compromiso de piel y/o mucosas, más al menos uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compromiso respiratorio - Hipotensión o evidencia de disfunción de órgano blanco (síncope, etc.) 	<p>1. Enfermedad aguda con compromiso de piel y/o mucosas, más al menos uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compromiso respiratorio - Hipotensión o evidencia de disfunción de órgano blanco (síncope, etc.) - Síntomas gastrointestinales graves, especialmente tras exposición a alérgenos no alimentarios
<p>2. Dos o más de los siguientes tras exposición a un alérgeno probable:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Síntomas cutáneos o mucosos - Compromiso respiratorio - Hipotensión - Síntomas gastrointestinales persistentes 	<p>2. Hipotensión aguda, broncoespasmo o compromiso laríngeo tras exposición a un alérgeno conocido o altamente probable para el paciente, incluso en ausencia de compromiso cutáneo</p> <p>Se excluyen los síntomas respiratorios bajos causados por alérgenos inhalados que produzcan una reacción "inhalatoria" sin ingestión</p>
<p>3. Hipotensión tras exposición a un alérgeno conocido para ese paciente, definida como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lactantes y niños: PAS baja para la edad o $\downarrow \geq 30\%$ de la PAS basal - Adultos: PAS < 90 mmHg o $\downarrow \geq 30\%$ de la PAS basal 	<p>—</p>

El término "anafilactoide" ha sido abandonado. La WAO recomienda **clasificar todas las reacciones que cumplan criterios clínicos como anafilaxia**, distinguiendo luego:

- Inmunológica
- No inmunológica

Perla clínica: En el contexto agudo no se espera que el clínico recuerde los criterios formales, sino que **reconozca el patrón clínico** y actúe precozmente.

Presentación clínica

La anafilaxia puede manifestarse con un **amplio espectro de síntomas**, que reflejan el compromiso **multisistémico** característico de esta entidad. Las manifestaciones pueden afectar uno o varios sistemas, y su **ausencia de síntomas cutáneos no excluye el diagnóstico**.

Piel / Mucosas	Pulmonar	Cardiovascular	Vía aérea	Gastrointestinal	Otros
<ul style="list-style-type: none"> • Urticaria • Prurito sin exantema • Eritema cutáneo difuso (rubor) • Edema periorbitario 	<ul style="list-style-type: none"> • Disnea • Sibilancias • Disminución del flujo espiratorio máximo • Hipoxemia • Tos • Angioedema de vía aérea superior • Rinitis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipotensión • Shock distributivo • Reflejo de Bezold-Jarisch • Dolor torácico • Arritmias 	<ul style="list-style-type: none"> • Angioedema • Estridor • Disfonía • Edema labial • Edema lingual • Edema uvular • Edema laríngeo • Carraspeo persistente • Sensación de plenitud faríngea 	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor abdominal o cólicos • Náuseas • Vómitos repetidos • Diarrea 	<ul style="list-style-type: none"> • Diaforesis • Mareos • Cefalea • Hipotonía • Incontinencia • Convulsiones • Somnolencia • Síncope

Punto clínico clave: La anafilaxia no requiere manifestaciones cutáneas para su diagnóstico, especialmente en presentaciones graves o perioperatorias.

La **anamnesis detallada** es fundamental para el diagnóstico y la identificación del desencadenante. Los autores recomiendan documentar sistemáticamente:

- **Momento de inicio** de los síntomas
- **Lugar y contexto** en que ocurrió la reacción
- **Ubicación del paciente en las 6–12 horas previas**
- **Exposiciones, ingestas o contactos** en las 6–12 horas previas
- **Antecedentes atópicos**
- Relación con el **inicio del ciclo menstrual** (si aplica)
- **Tratamiento prehospitalario** recibido
- **Recurrencia de síntomas** posterior al evento inicial

Aunque la anafilaxia suele presentarse **de forma inmediata**, los síntomas pueden aparecer **varias horas después de la exposición**, por lo que una historia dirigida es esencial para identificar la causa.

Diagnóstico diferencial

Las manifestaciones clínicas de la anafilaxia **no son exclusivas** de las reacciones IgE mediadas y pueden superponerse con múltiples entidades, por lo que el diagnóstico diferencial es amplio.

Categoría	Diagnósticos
Trastornos de mastocitos	<ul style="list-style-type: none"> - Mastocitosis - Síndrome de activación mastocitaria - Alfa-triptasemia hereditaria
Reacciones vasodepresoras	<ul style="list-style-type: none"> - Evento vasovagal
Reacciones de rubor (flushing)	<ul style="list-style-type: none"> - Rosácea - Epilepsia autonómica (SeLEAS o síndrome de Panayiotopoulos) - Feocromocitoma - Tumores - Reacción a vancomicina (síndrome del hombre rojo) - Reacción a niacina - Descarga de catecolaminas - Reacción a nicotina - Reacción a etanol
Síndromes por ingestión (“síndromes de restaurante”)	<ul style="list-style-type: none"> - Síndrome escombroides - Glutamato monosódico (MSG)
Síndromes no orgánicos	<ul style="list-style-type: none"> - Disfunción de cuerdas vocales - Anafilaxia facticia - Crisis de pánico
No clasificados en otros grupos	<ul style="list-style-type: none"> - Hipersensibilidad a alfa-1,3-galactosa (α-gal) - Disautonomía - Síndrome de fuga capilar - Deficiencia de C1 esterase / angioedema hereditario con rash

Trastornos específicos a considerar

Mastocitosis y síndrome de activación mastocitaria

Muchos casos catalogados como **anafilaxia idiopática** corresponden en realidad a estos trastornos.

Evaluación recomendada:

- **Triptasa sérica basal**
- **Biopsia de médula ósea** (en casos seleccionados)
- Uso de puntajes validados (REMA score, NIH Idiopathic Clonal Anaphylaxis Score)

Hipersensibilidad a alfa-gal

- Reacción mediada por IgE contra **galactosa- α -1,3-galactosa**
- Síntomas **retardados (horas)** tras ingesta de carne de mamíferos
- Mayor riesgo en pacientes con **antecedente de picadura de garrapata**
- Manejo basado en **evitación estricta de carnes rojas**

Alfa-triptasemia hereditaria

- Sospechar si **triptasa basal > 8 ng/mL**
- Puede simular anafilaxia clásica

Estudios de laboratorio

La anafilaxia es un diagnóstico clínico.

Pruebas disponibles y su utilidad

Triptasa sérica

Puede ayudar a **diferenciar anafilaxia de trastornos mastocitarios subyacentes**. Presenta un **pico entre 60–90 minutos** post exposición. Puede permanecer elevada hasta **5 horas**. También puede elevarse en:

- Mastocitosis sistémica
- Alfa-triptasemia hereditaria
- Neoplasias mieloides
- Síndrome hipereosinofílico
- Infecciones por helmintos
- Insuficiencia renal terminal

Se recomienda medir triptasa basal en pacientes con **anafilaxia recurrente, grave o idiopática**.

Histamina plasmática

Más sensible, pero **poco útil en urgencia**. Pico precoz y normalización en **30–60 minutos**. La recolección urinaria de 24 h aumenta la probabilidad de detección. Se asocia principalmente a **urticaria, eritema, síntomas abdominales y sibilancias**.

Punto clave: Ningún examen debe condicionar el inicio de epinefrina.

Tratamiento en el ámbito sanitario

Epinefrina

Mecanismo de acción

La epinefrina es una **catecolamina simpaticomimética** con acción sobre receptores:

α 1	β 1	β 2
Vasoconstricción	Aumento del gasto cardíaco	Broncodilatación
Disminución de la permeabilidad vascular	Aumento de la inotropía	Disminución de la liberación de histamina por mastocitos y basófilos
—	Aumento de la cronotropía	Disminución de la liberación de triptasa por mastocitos y basófilos

Esto la convierte en el **fármaco de elección y pilar del tratamiento**.

Evidencia

No existen ECA concluyentes por razones éticas. **Todas las guías y consensos recomiendan epinefrina como tratamiento de primera línea**. El subtratamiento es frecuente y se asocia a peor pronóstico.

Vía y dosis

Vía	Concentración	Dosis	Notas
Intramuscular (IM) (estándar de cuidado)	1:1000 (1 mg/mL)	0,01 mg/kg Dosis máxima: - 0,3 mg en niños prepuberales - 0,5 mg en adolescentes	Pico plasmático más alto y rápido en comparación con vía subcutánea
Intravenosa (IV) (usar con extrema precaución, solo en circunstancias especiales)	1:10.000 (0,1 mg/mL) NO usar 1:1000 o 1 mg/mL por vía IV (puede requerir fármaco para preparar diluciones 1:100.000 o 1:250.000)	1 µg/kg en bolo lento durante 2–5 min o Para infusión continua: 0,1–1 µg/kg/min Adolescentes: 50–100 µg	-No es primera línea -Retrasa el tratamiento por necesidad de acceso IV -Mayor riesgo de eventos adversos graves -Útil en shock o anafilaxia severa refractaria -Recomendada solo en pacientes que usan y titulan vasopresores de forma habitual
Intranasal (IN)	1 mg/0,1 mL/spray 2 mg/0,1 mL/spray	1 o 2 mg en una fosa nasal, puede repetirse tras 5 min	-Neffy® aprobado por FDA (ARS Pharmaceuticals, Inc.) -1 mg para niños 15–30 kg y 2 mg para >30 kg -Resultados favorables comparados con 0,3 mg IM -Inicio de acción más rápido / menor tiempo a concentración máxima

Efectos adversos

Más frecuentes con vía IV. Incluyen:

- Palidez
- Temblor
- Ansiedad
- Taquicardia
- Hipertensión

Eventos cardiovasculares graves son raros, especialmente en niños

Medicaciones adyuvantes

Fluidos intravenosos

La anafilaxia genera **redistribución de volumen y shock distributivo**. Los cristaloides aumentan el volumen sistólico en <10 minutos. Dosis recomendada:

- Niños: 20 mL/kg
- Adultos: 500–1000 mL

Los coloides no muestran beneficio adicional

Oxígeno

Indicado en presencia de: Edema pulmonar, Broncoespasmo e Hipoxemia. El uso de VNI no está bien estudiado en anafilaxia

Antihistamínicos

Tipo de antihistamínico	Ejemplos	Dosis	Beneficios
Antagonistas H1 de primera generación	Difenhidramina Hidroxicina Clorfenamina	Difenhidramina: 1 mg/kg (máx. 50 mg) cada 6–8 h (<i>dosis máxima diaria: 5 mg/kg o 200 mg</i>)	Alivia prurito y urticaria Disminuye la progresión a anafilaxia en reacciones locales
Antagonistas H1 de segunda generación	Cetirizina Loratadina	Cetirizina: • >6 meses a 2 años: 2,5 mg/día • 2–5 años: 2,5–5 mg/día • >5 años: 5–10 mg/día	Alivia prurito y urticaria Menor efecto sedante
Antagonistas H2	Famotidina Ranitidina Cimetidina	Famotidina: 0,25 mg/kg (máx. 20 mg) una o dos veces al día	Alivia urticaria Uso combinado con antagonistas H1

Broncodilatadores

β2 agonistas inhalados (ej. salbutamol). Útiles en **broncoespasmo persistente.** Dosis igual a asma: 2,5–5 mg cada 20 min. Nebulización continua si hay respuesta clínica

Glucocorticoides

Uso frecuente pese a evidencia limitada. **No reducen reacciones bifásicas ni reconsultas.** No recomendados de forma rutinaria

Podrían ser útiles en pacientes asmáticos

Dosis equivalentes a asma:

- Dexametasona **0,6 mg/kg** (máx. 16 mg)
- Prednisolona **1 mg/kg** (máx. 60 mg)
- Metilprednisolona **1 mg/kg IV** (máx. 125 mg)

Anafilaxia refractaria

Se define como aquella **reacción anafiláctica que no responde a la terapia máxima con epinefrina,** y se asocia a un **riesgo marcadamente mayor de mortalidad (26,2% vs 0,35%).**

Vasopresores

Epinefrina

Es el **vasopresor de elección** en shock anafiláctico. La vía **IV** debe considerarse **solo** en: **Hipotensión refractaria a fluidos y Fracaso de múltiples dosis IM.** Requiere personal entrenado en el uso y titulación de vasopresores.

Vasopresina

Dosis descritas: **0,17–8,0 μU/kg/min.** Aumenta presión arterial y diuresis. Evidencia pediátrica: **No reduce tiempo a estabilidad hemodinámica.** Asociada a **mayor mortalidad** **No recomendada de rutina.**

Glucagón

Considerar en pacientes con anafilaxia **en tratamiento con betabloqueadores**, con:
Broncoespasmo refractario e Hipotensión persistente

Dosis:

- **Niños pequeños: 20–30 µg/kg** (máx. 1 mg)
- **Adolescentes: 1–5 mg**

Administrar IV en 5 min + infusión **5–15 µg/min**. Riesgo relevante: **vómitos**, por lo que debe protegerse la vía aérea.

Otras terapias (casos seleccionados)

- **Ácido tranexámico:** si hay activación de la coagulación intravascular.
- **Azul de metileno:** en hipotensión refractaria asociada a vasoplejía.

Errores frecuentes en el manejo

Los autores destacan que la anafilaxia sigue siendo **subdiagnosticada y subtratada**:

- Frecuentemente se codifica como “**reacción alérgica**”.
- Solo **1 de cada 5** pacientes recibe epinefrina.
- La mayoría recibe **esteroides y antihistamínicos**, incluso como monoterapia.
- **Una proporción significativa no recibe ningún tratamiento.**
- **Muy pocos pacientes son dados de alta con autoinyectores de epinefrina**, incluso tras hospitalización.

Perla clínica: El principal factor modificable del pronóstico es la administración precoz de epinefrina.

Disposición y destino del paciente

Las decisiones de hospitalización deben basarse en **riesgo clínico**, no solo en la resolución inicial de síntomas.

Disposición	Factores / Síntomas / Presentaciones que orientan la disposición
Hospitalización en sala general o unidad de mayor complejidad	-Falta de acceso a atención médica de urgencia o servicios de emergencia -Riesgo de anafilaxia bifásica, prolongada o fatal -Antecedente de reacciones bifásicas -Desencadenante desconocido o farmacológico -Antecedente de asma severa -Reacción anafiláctica grave actual o antecedente de anafilaxia severa -Posible exposición continua al alérgeno -Falta de acceso a autoinyector de epinefrina -Hipotensión en cualquier momento de la evolución -Broncoespasmo persistente o compromiso sistémico sin mejoría -Uso de 3 o más dosis de epinefrina intramuscular
Ingreso a UCI	-Edema de vía aérea (angioedema, estridor) -Necesidad continua de albuterol -Requerimiento continuo de vasopresores
Alta tras observación en urgencia (ED)	-Resolución completa de síntomas y paciente asintomático tras al menos 1 hora de observación -Antecedente de reacción bifásica o factores de riesgo de fatalidad → observar 6 horas o más

Plan de alta desde urgencia

Evitación del alérgeno = Aproximadamente **90% de las muertes** se asocian a **maní o frutos secos**. La **ingesta oral** es el principal riesgo; el contacto cutáneo o inhalatorio es poco probable que cause anafilaxia.

Autoinyectores de epinefrina (EAI): Aspectos críticos identificados: **>50% de los cuidadores teme usar el EAI**. Solo **55%** dispone de un EAI vigente. Aproximadamente **1 de cada 10** episodios requiere **más de una dosis**

Dosis aprobadas

- **0,1 mg: 7,5–15 kg**
- **0,15 mg: 15–30 kg**
- **0,3 mg: ≥30 kg**

Considerar prescribir **2 EAI** en pacientes con: Anafilaxia severa, Reacciones persistentes y Alto riesgo de recurrencia

Plan de acción para anafilaxia

- Se recomienda entregar un **plan escrito de emergencia** que incluya: **Peso actual** del paciente, Alérgenos conocidos / Antecedentes de asma, Episodios previos de anafilaxia, Capacidad de autoadministración, Algoritmos claros para: Reacciones leves y Anafilaxia, **Dosis exactas** de medicamentos / Indicaciones precisas de **cuándo y cómo usar epinefrina**.
- En pacientes con anafilaxia severa previa, puede indicarse **tratamiento precoz tras la exposición**, incluso antes de síntomas.

Poblaciones especiales

Lactantes y preescolares

Entre **2006 y 2015**, la incidencia de anafilaxia en este grupo aumentó de **20 a 50 por 100.000**. El diagnóstico es **particularmente desafiante** debido a la **limitada capacidad de comunicación** y a la **presentación clínica sutil**.

Síntomas	Diagnósticos alternativos a considerar
Eritema, urticaria y angioedema	-Mastocitosis -Angioedema hereditario
Sibilancias o estridor	-Laringomalacia -Membrana laríngea (laryngeal web) -Anillo vascular -Aspiración de cuerpo extraño -Crup
Náuseas, vómitos y/o dolor	-Obstrucción intestinal -Estenosis pilórica -Malrotación intestinal con o sin vólvulo -Enterocolitis inducida por proteínas alimentarias (FPIES) -Intususcepción
Exantema urticarial	-Infecciones respiratorias virales altas ± vómitos/diarrea en gastroenteritis aguda
Eritema perioral, ronchas intraorales	-Dermatitis de contacto por alimentos
Tos durante la alimentación	-Aspiración -Deglución descoordinada

Punto clave: Dado que la evidencia en este grupo es limitada, se recomienda utilizar **los criterios diagnósticos NIAID o WAO**.

Tratamiento

La **epinefrina debe administrarse en el muslo anterolateral (vasto lateral)**. La inyección en el deltoides se asocia a mayor riesgo de **inyección intraósea**, especialmente en lactantes. El autoinyector de **0,1 mg** reduce el riesgo de inyección intraósea, pero puede aumentar la administración subcutánea. No existe recomendación firme para: Antihistamínicos / Corticoides.

Su uso queda a **criterio clínico individual**.

Pacientes en tratamiento con betabloqueadores o IECA

Una revisión sistemática mostró: **Betabloqueadores**: OR **2,19** para mayor gravedad y **IECA**: OR **1,56** para mayor gravedad. No se observó aumento significativo en la **incidencia**, sino en la **severidad**.

Las guías recomiendan: **Toma de decisiones compartida**. En general, **continuar el fármaco si la patología de base es grave y** Coordinación con otros especialistas.

Complicaciones

Diagnóstico erróneo y retraso terapéutico

- El retraso en la administración de epinefrina se asocia a: **Mayor hospitalización y Mayor riesgo de reacción bifásica**.
- La mayoría de los fallecimientos descritos ocurrieron en pacientes que **no recibieron epinefrina de forma oportuna**.

Anafilaxia bifásica, persistente y refractaria

Anafilaxia bifásica

- Recurrencia tras resolución completa ≥ 1 hora
- Incidencia pediátrica: **5–6%**, hasta **20%**
- Clínicamente significativa en **4–5%**
- Pico: **8–11 horas**

Factores de riesgo:

- Mayor gravedad inicial
- Retraso en epinefrina
- Uso de ≥ 1 dosis de epinefrina
- Ingesta oral del alérgeno

Anafilaxia persistente

- Síntomas ≥ 4 horas pese a tratamiento adecuado
- Incidencia aproximada: **1%**
- Mortalidad reportada: **2%**

Anafilaxia refractaria

- No responde a tratamiento máximo con epinefrina
- Mortalidad: **26,2%** (vs **0,35%**)

Síndrome de Kounis

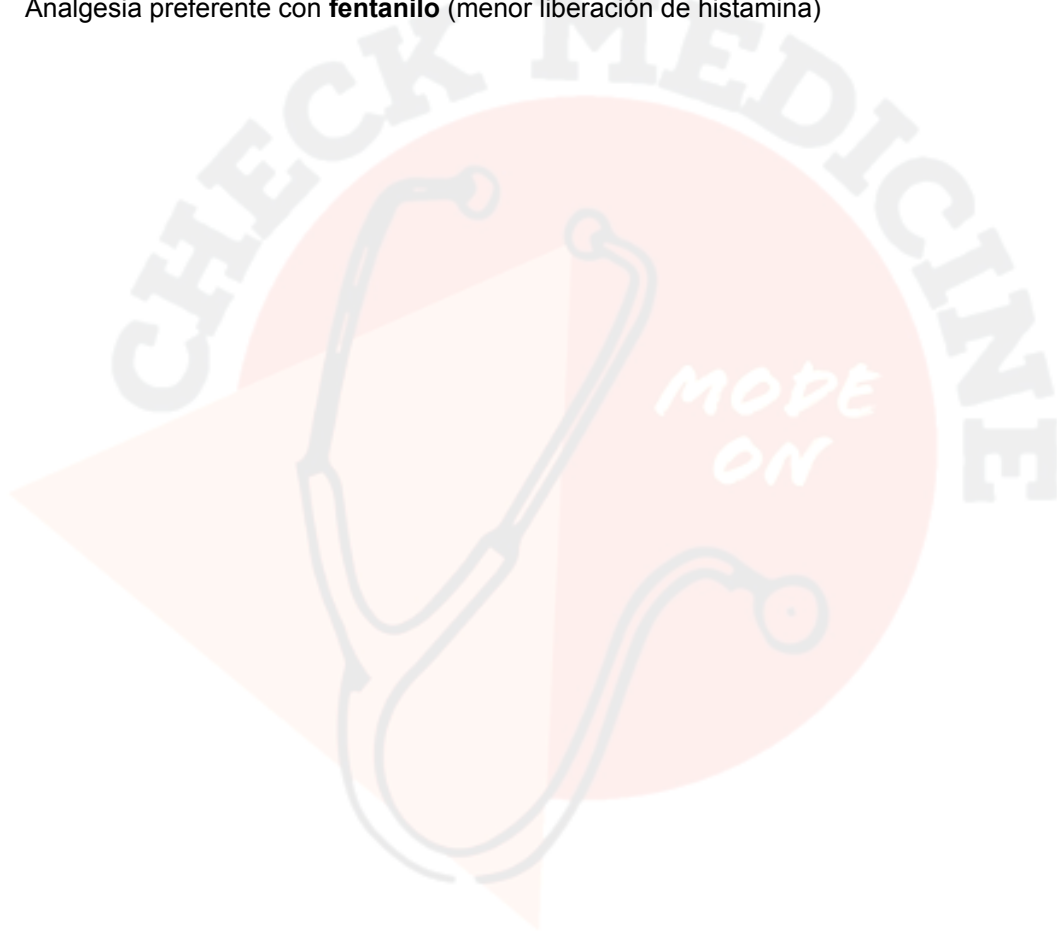
Entidad poco frecuente conocida como “**angina alérgica**”, caracterizada por:

- Vasoespasmo coronario
- Infarto agudo de miocardio
- Trombosis de stent

Debe sospecharse en pacientes con: Anafilaxia, **Dolor torácico persistente**, Cambios electrocardiográficos.

Tratamiento:

- Corticoides
- Antihistamínicos
- **Epinefrina con extrema precaución**
- Calcioantagonistas o nitratos (si no hay hipotensión)
- Analgesia preferente con **fentanilo** (menor liberación de histamina)



Aspecto clave	Información esencial para la práctica clínica
Definición	Reacción alérgica aguda, sistémica y potencialmente mortal , generalmente mediada por IgE , con compromiso multisistémico.
Desencadenantes más relevantes	Alimentos: maní, frutos secos, huevo, leche (mayor gravedad) Fármacos: penicilinas (más frecuentes), AINEs Otros: insectos, ejercicio (con cofactores), perioperatorio
Claves diagnósticas	Diagnóstico clínico , NO requiere manifestaciones cutáneas , Inicio en minutos a horas tras exposición. Usar criterios NIAID 2006 o WAO 2020
Criterios de gravedad	- Hipotensión en cualquier momento -Compromiso respiratorio -Edema de vía aérea -Shock distributivo
Manifestaciones clínicas	Piel/mucosas: urticaria, prurito, eritema, angioedema Respiratorio: disnea, sibilancias, estridor CV: hipotensión, shock GI: dolor abdominal, vómitos repetidos, diarrea
Diagnósticos diferenciales clave	Mastocitosis / activación mastocitaria Evento vasovagal Reacciones de rubor (feocromocitoma, fármacos) Síndrome escombroide / MSG Crisis de pánico
Exámenes	No retrasar tratamiento por exámenes Triptasa sérica útil para confirmación retrospectiva y estudio de anafilaxia grave, recurrente o idiopática.
Tratamiento de primera línea	EPINEFRINA IM (pilar del manejo): 0,01 mg/kg IM (muslo anterolateral) Máx: 0,3 mg niño / 0,5 mg adolescente .
Tratamiento adyuvante	- Cristaloides IV si hipotensión - Oxígeno si hipoxemia - β2 agonistas si broncoespasmo -Antihistamínicos solo para prurito/urticaria
Anafilaxia refractaria	No responde a epinefrina IM, Mortalidad ~ 26% Considerar epinefrina IV , glucagón (si β-bloqueo), UCI
Anafilaxia bifásica	Recurrencia tras resolución ≥ 1 h • Incidencia 5–20% . Pico 8–11 h
Criterios de hospitalización	-Hipotensión -≥ 3 dosis de epinefrina IM -Asma severa -Desencadenante desconocido -Falta de acceso a EAI
Alta segura	-Asintomático tras ≥ 1 h (≥6 h si riesgo bifásico) -Educación + autoinyector de epinefrina
Autoinyector de epinefrina	0,1 mg: 7,5–15 kg 0,15 mg: 15–30 kg 0,3 mg: ≥30 kg Considerar 2 dispositivos
Plan de acción	Entregar plan escrito , Indicar cuándo y cómo usar epinefrina , Derivación a seguimiento ambulatorio.