



Protocolo para Manejo Clínico de  
Anafilaxia



**DR. JULIO JAVIER ROLON VICIOSO**  
VICEMINISTRO DE RECTORIA Y  
VIGILANCIA DE LA SALUD  
Coordinador General C.O.E. M.S.P. y B.S.

**Dra. Doris Royg B., Directora**  
Coordinación de Regiones Sanitarias  
M.S.P. y B.S.

**Dr. Guillermo Segura**  
Director General  
Dirección General de Vigilancia de la Salud

**Lic. Gustavo Montañez**  
Asesor Técnico  
Viceministerio de Rectoría y Vigilancia de la Salud  
M.S.P. y B.S.



## Protocolo para Manejo Clínico de Anafilaxia

### Material elaborado y revisado por:

Equipo técnico del MSPyBS.

Sociedad Paraguaya de Alergia, Asma e Inmunología.

En todos los servicios donde se administran vacunas debe existir un protocolo escrito de actuación ante una sospecha de anafilaxia.  
Toda persona tras la vacunación debe ser observada por un lapso de tiempo de alrededor de 30 minutos.

#### 1. Objetivo:

Adquirir las capacidades apropiadas para reconocer y actuar ante un cuadro de anafilaxia.

#### 2. Definiciones:

**Anafilaxia:** es una reacción alérgica grave de instauración rápida y potencialmente mortal. Su relación con la vacunación es muy poco probable (menos de 1,3 casos por un millón de dosis aplicadas), aunque la posibilidad de su presentación debe ser considerada en todo acto vacunal. La mayoría de los episodios acontecen en los primeros 10 minutos que siguen a la administración, por lo que 30 minutos es el intervalo más seguro de observación post vacunación.

#### 3. Ámbito de Aplicación:

En la red del Sistema Nacional de Salud.

#### 4. Procedimientos

##### 4.1 Criterios diagnósticos:

Se considera que la anafilaxia es muy probable cuando se cumple uno de los tres criterios siguientes:

1	Piel/mucosas + 1 (respiratorio o cardiovascular) Inicio agudo de lesiones en piel o mucosas (por ejemplo, urticaria generalizada, prurito, eritema, flushing o sofoco, edema de labios, ÚVULA o lengua, junto con al menos uno de los siguientes: a. Compromiso respiratorio (por ejemplo, disnea, sibilancias, estridor, disminución del pico flujo espiratorio, hipoxemia) b. Descenso de la presión arterial o síntomas asociados de disfunción orgánica (por ejemplo, hipotonía, síncope, incontinencia)	80 % de las presentaciones
---	--	----------------------------

Dr. Doris Royg B., Directora  
Coordinación de Regiones Sanitarias  
M.S.P. y B.S.

Dr. Guillermo Dequeza  
Director General  
Dirección General de Vigilancia de la Salud

Lic. Gustavo Montañez  
Asesor Técnico  
Viceministerio de Rectoría y Vigilancia de la Salud  
M.S.P. y B.S.

2	<p>Dos o más de las siguientes manifestaciones, que se presentan poco tiempo después del contacto con el alérgeno sospechado (en algunos casos en minutos u horas):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Afectación de piel o mucosas</li> <li>Compromiso respiratorio</li> <li>Descenso de la presión arterial o síntomas asociados de disfunción orgánica</li> <li>Síntomas gastrointestinales persistentes (por ejemplo, dolor abdominal cólico, vómitos)</li> </ol>	15%
3	<p>Hipotensión tras alérgeno conocido. Descenso de la presión arterial en minutos o algunas horas tras la exposición a un alérgeno conocido para ese paciente:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>Lactantes y niños:</b> presión arterial baja o descenso superior al 30 % de la sistólica.</li> <li><b>Adultos:</b> presión arterial sistólica inferior a 90 mmHg o descenso superior al 30 % respecto a la basal.</li> </ol>	5%

## 4.2 Tratamiento

### 4.3 A- Drogas:

- La **adrenalina** intramuscular es el tratamiento de elección y debe administrarse precozmente.

En pacientes adultos que mantienen la circulación espontánea inyectar Adrenalina 1/1000 : 0,01 mg/Kp (solución 1 mg/ml [0,1 %, 1:1000) hasta 0,5 ml en la parte lateral del muslo ; la dosis puede repetirse cada 5-15 min en caso de no presentarse mejoría o si la presión arterial sigue demasiado baja (en la mayoría de los pacientes la mejoría del estado general se alcanza después de administrar 1- 2 dosis). **No administrar vía subcutánea.**

- Los **antihistamínicos** solo son ÚTILES para mejorar los síntomas de prurito y la urticaria, también ayudan en el tratamiento de los síntomas nasales y oculares. Administrar H1-bloqueante en una inyección lenta EV. (puede ser clorfeniramina)
- Los **corticoides** se han utilizado clásicamente por su efecto teórico en las reacciones bifásicas (presentes en el 4,6 % de los casos). El uso de glucocorticoides es poco ÚTIL para el tratamiento de la fase aguda del shock anafiláctico, pero puede prevenir la fase tardía de la anafilaxia. **No utilizar corticoides en lugar de la adrenalina como fármaco de primera línea.** Administrar por máx. 3 días iv. (p. ej. metilprednisolona 1-2 mg/kg, luego 1 mg/kg/d, o hidrocortisona 200-400 mg, luego 100 mg cada 6 h).
  - Administrar un **broncodilatador** si el espasmo de los bronquios no cede después de la administración de la adrenalina:  $\beta$ -mimético de corta duración (p. ej. salbutamol en inhalador). En caso de necesidad, las inhalaciones se pueden repetir según respuesta del paciente.
- En pacientes con presión arterial sistólica <90 mm Hg a pesar de administrar adrenalina IM y de perfundir fluidos → considerar el uso de un medicamento **vasoconstrictor** (noradrenalina) en infusión continua EV.

Dra. Doris Royo B. Directora  
Coordinación de Regiones Sanitarias  
M.S.P. y B.S.

Dr. Guillermo Dequera  
Director General  
Dirección General de Vigilancia de la Salud

Lic. Gustavo Montañez  
Asesor Técnico  
Viceministerio de Rectoría y Vigilancia de la Salud  
M.S.P. y B.S.

- **El glucagón**, por su acción inotrópica y cronotrópica no mediada por receptores beta, puede ser ÚTIL en **pacientes que reciban tratamiento con betabloqueantes** y no responden al tratamiento con adrenalina → considerar la administración de **glucagón** en infusión lenta EV 1-5 mg a lo largo de ~5 min y, posteriormente, en infusión continua EV 5-15 µg/min, dependiendo de la respuesta clínica. Los efectos secundarios frecuentes son náuseas, vómitos e hiperglucemia. La dosis inicial en adultos sería de 1-2 mg en bolo (hasta un máximo de 5 mg), y en los niños a 20-30 mcg/Kg (hasta un máximo de 1 mg) por vía IV o IM. Puede repetirse en 5 minutos o continuarla con una infusión continua a un ritmo de 5-15 mcg/min. Los efectos secundarios más frecuentes son las náuseas y los vómitos.

#### 4.4 Monitorización del paciente:

El paciente debe ser evaluado clínicamente de forma continua, siguiendo el sistema ABCDE que se aplica de manera estándar ante cualquier emergencia:

**A (vía aérea):** apertura manual o instrumental de vía aérea. Aspirar secreciones.

**B (ventilación):** Administrar oxígeno. Si precisa, ventilación con mascarilla reservorio o intubación orotraqueal. A través de mascarilla facial (en general 6-8 l/min); Indicaciones: insuficiencia respiratoria, anafilaxia prolongada (que requiere la administración de varias dosis de adrenalina), enfermedades crónicas de las vías respiratorias (asma, EPOC), enfermedades crónicas del sistema cardiovascular (p. ej. enfermedad cardíaca isquémica), manifestaciones de isquemia miocárdica reciente, pacientes que reciben β-miméticos inhalados de acción corta.

**C (circulatorio):** canalizar vía periférica, preferiblemente una en cada miembro. Perfundir fluidos EV, a pacientes con importante disminución de la presión arterial y falta de respuesta a la administración de adrenalina IM perfundir 1-2 litros de NaCl al 0,9 % lo más rápidamente posible (5-10 ml/kg durante los primeros 5-10 min en adultos y 10 ml/kg en niños). Una parte de los pacientes requiere una transfusión de grandes volúmenes de líquidos (p. ej. 4-8 litros) y en estos casos se utilizan cristaloides (y/o coloides). No utilizar las soluciones de glucosa.

**D (valoración neurológica)** Escala de Glasgow

**E (valoración de piel y mucosas)**

**Posición del paciente si presenta:**

**Dificultad para respirar o vómitos:** sentado

**Inestabilidad hemodinámica:** decúbito supino con miembros inferiores elevados (posición de Trendelenburg)

**Pérdida de consciencia y respiración espontánea:** Colocar al paciente en decúbito dorsal con las piernas levantadas, lo que ayuda en el tratamiento de la hipotensión, pero no se recomienda en pacientes con trastornos de la respiración, mujeres en embarazo avanzado (deben ser colocadas sobre su lado izquierdo) y en pacientes que están vomitando (posición lateral de seguridad).

Dra. Doris Royo B., Directora  
Coordinación de Regiones Sanitarias  
M.S.P. y B.S.

Dr. Guillermo Sequera  
Director General  
Dirección General de Vigilancia de la Salud

Lic. Gustavo Montañez  
Asesor Técnico  
Viceministerio de Rectoría y Vigilancia de la Salud  
M.S.P. y B.S.

#### 4.4 Observación tras la remisión de los síntomas:

- 1) Observar al paciente durante 8-24 h debido al riesgo de reacción anafiláctica en fase tardía o a una anafilaxia prolongada.
- 2) Observar durante 24 h especialmente en pacientes con anafilaxia severa de etiología desconocida, con inicio lento de los síntomas, en pacientes con asma severa o con broncoespasmo intenso si existe la posibilidad de exposición continua al alérgeno y en enfermos con antecedentes de reacción bifásica.
- 3) Los enfermos que a las 8 h de finalizar el tratamiento no presentan síntomas de anafilaxia pueden darse de alta. Advertir sobre la posibilidad de reaparición de síntomas e instruir sobre las maneras de actuar en tales casos.

#### 4.5 Diagnóstico Diferencial:

La presencia de un cuadro clínico compatible y el antecedente inmediato de administración de una vacuna establecen el diagnóstico de anafilaxia por vacunación. No obstante, es necesario tener en consideración otros diagnósticos:

- Síncope, espasmo del sollozo y otros fenómenos vasovagales.
- Aspiración-reflujo gastroesofágico.
- Otras causas de shock (sepsis).
- Convulsión-epilepsia.
- Angioedema hereditario-déficit de C1-inhibidor.
- Dificultad respiratoria aguda: asma, crup...
- Trastorno de ansiedad

Item	Reacción vasovagal	Anafilaxia
Inicio	Inmediato, generalmente en pocos segundos o durante la administración de la vacuna	Habitualmente al cabo de pocos minutos, pero puede aparecer incluso varias horas después
Cuadro respiratorio	Respiración normal; puede ser superficial, pero sin trabajo respiratorio	Tos, ronquera, estridor o tiraje costal. Inflamación de la vía aérea superior (labios, lengua, garganta, ÚVULA o laringe)
Cuadro cutáneo	Palidez generalizada, piel fría y húmeda	Prurito, eritema cutáneo generalizado, urticaria (habones) o angioedema local o generalizado
Cuadro neurológico	Sensación de debilidad o mareo	Ansiedad

Dra. Doris Royg B., Directora  
Coordinación de Redes Sanitarias  
M.S.P. y B.S.

Dr. Guillermo Dequera  
Director General  
Dirección General de Vigilancia de la Salud

Lic. Gustavo Montañez  
Asesor Técnico  
Viceministerio de Rectoría y Vigilancia de la Salud  
M.S.P. y B.S.

#### 4.6 Notificación de Eventos Supuestamente atribuidos a la vacunación e inmunización (ESAVI)

La notificación es obligatoria al departamento de vigilancia de eventos adversos (ESAVI), del Programa Ampliado de Inmunización del MSP Y BS. Las reacciones anafilácticas producidas por vacunas se deben notificar de forma individualizada y puede llevarse a cabo a través del formulario electrónico en línea, diseñado para notificar sospechas de reacciones adversas a medicamentos y vacunas.

#### 4.7 Equipos y medicamentos a disponer en el servicio de urgencias del vacunatorio:

En todos los servicios de salud donde se administran vacunas debe existir un protocolo escrito de actuación ante una sospecha de anafilaxia.

El personal que administra vacunas debe conocer las manifestaciones de la anafilaxia, el protocolo de actuación y ha de estar correctamente formado en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada. Las ampollas de adrenalina y el resto del material deben ser comprobados regularmente y desechados cuando alcancen la fecha de caducidad.

- Ampollas adrenalina para inyecciones (1 mg/ml).
- Jeringas, agujas, cánulas vasculares 14 G o 16 G.
- Equipo de oxigenoterapia; tubo oro faríngeo y balón de ventilación con mascarilla facial.
- Suero fisiológico NaCl al 0,9 % (500 ml en botellas o bolsas) y equipos de perfusión de fluidos iv.
- Estetoscopio y Tensiómetro.
- Clorfenamina EV en ampollas de 10 mg en 1 ml.
- Corticoides para administración EV (p. ej. metilprednisolona, hidrocortisona).
- Salbutamol y Aerocámara.

  
Dra. Doris Royg B., Directora  
Coordinación de Regiones Sanitarias  
M.S.P. y B.S.

  
Dr. Guillermo Segura  
Director General  
Dirección General de Vigilancia de la Salud

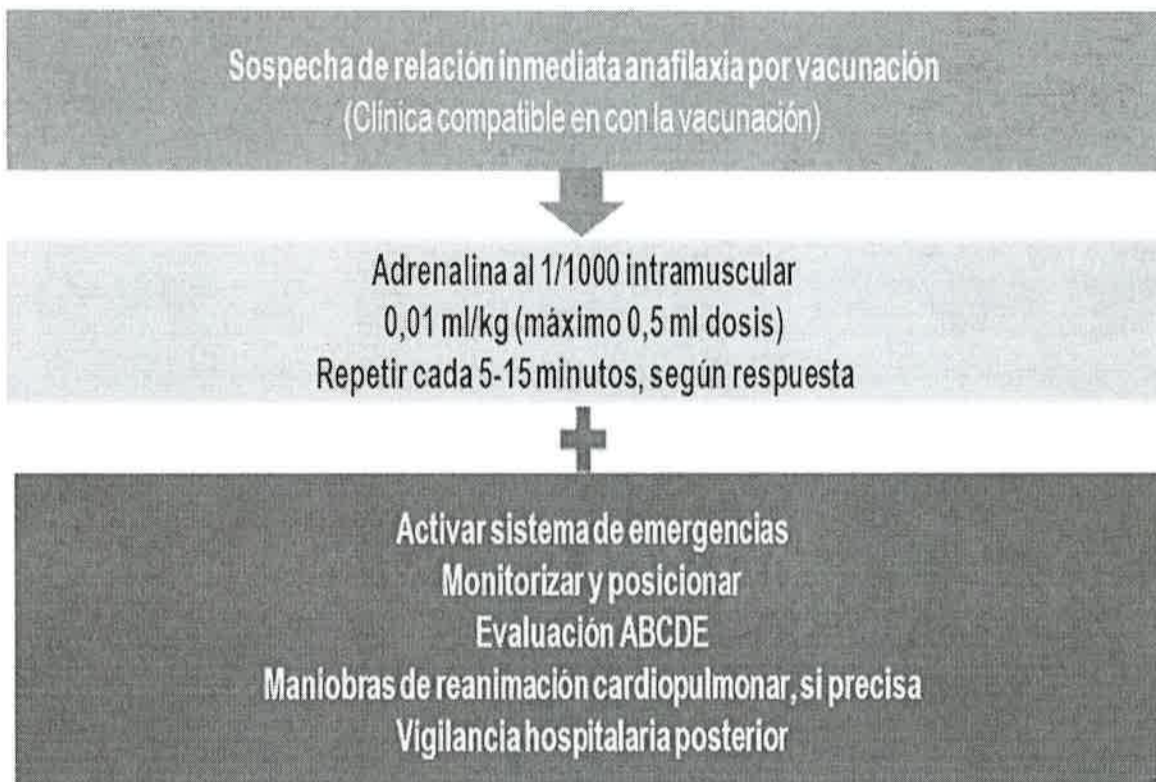
  
Lic. Gustavo Montañez  
Asesor Técnico  
Viceministerio de Rectoría y Vigilancia de la Salud  
M.S.P. y B.S.

## 5. Flujograma:

**Anafilaxia:** Es una reacción alérgica grave de instauración rápida y potencialmente mortal. La mayoría de los episodios acontecen en los primeros 10 minutos que siguen a la administración, pero 30 minutos es el intervalo más seguro de observación post vacunación.

### CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

1. Piel/mucosas + 1 (respiratorio o cardiovascular) Inicio agudo de lesiones en piel o mucosas (por ejemplo, urticaria generalizada, prurito, eritema, flushing o sofoco, edema de labios, úvula o lengua, junto con al menos uno de los siguientes:
  - a. Compromiso respiratorio (por ejemplo, disnea, sibilancias, estridor, disminución del pico flujo espiratorio, hipoxemia)
  - b. Descenso de la presión arterial o síntomas asociados de disfunción orgánica (por ejemplo, hipotonía, síncope, incontinencia)
2. Dos o más de las siguientes manifestaciones, que se presentan poco tiempo después del contacto con el alérgeno sospechado (en algunos casos en minutos u horas):
  - a. Afectación de piel o mucosas
  - b. Compromiso respiratorio
  - c. Descenso de la presión arterial o síntomas asociados de disfunción orgánica
  - d. Síntomas gastrointestinales persistentes (por ejemplo, dolor abdominal cólico, vómitos)
3. Hipotensión tras alérgeno conocido. Descenso de la presión arterial en minutos o algunas horas tras la exposición a un alérgeno conocido para ese paciente:
  - a. Lactantes y niños: presión arterial baja o descenso superior al 30 % de la sistólica
  - b. Adultos: presión arterial sistólica inferior a 90 mmHg o descenso superior al 30 % respecto a la basal.



Dra. Doris Royo B. Directora  
Coordinación de Regionales  
M.S.P. y B.S.

Ministerio de  
**SALUD PÚBLICA  
Y BIENESTAR SOCIAL**

**GOBIERNO  
NACIONAL**

Dr. Guillermo Sepúlveda  
Director General  
Dirección General de Vigilancia de la Salud

Lic. Gustavo Montañez  
Asesor Técnico  
Viceministerio de Rectoría y Vigilancia de la Salud  
M.S.P. y B.S.

Paraguay de la gente

## Tratamiento

La **adrenalina** intramuscular es el tratamiento de elección y debe administrarse precozmente. Dosis: 0,01 mg/Kp (solución 1 mg/ml [0,1 %, 1:1000) hasta 0,5 ml en la parte lateral del muslo. La dosis puede repetirse cada 5-15 min. **No administrar vía subcutánea.**

Los **antihistamínicos** solo son útiles para mejorar los síntomas de prurito y la urticaria (Clorfeniramina)

El uso de glucocorticoides es poco útil para el tratamiento de la fase aguda del shock anafiláctico, pero puede prevenir la fase tardía de la anafilaxia. Los **corticoides** se han utilizado clásicamente por su efecto teórico en las reacciones bifásicas (presentes en el 4,6 % de los casos). El uso de corticoides es poco útil para el tratamiento de la fase aguda del shock anafiláctico, pero puede prevenir la fase tardía de la anafilaxia. **No utilizar corticoides en lugar de la adrenalina como fármaco de primera línea.** Administrar por máx. 3 días iv. (p. ej. metilprednisolona 1-2 mg/kg, luego 1 mg/kg/d, o hidrocortisona 200-400 mg, luego 100 mg cada 6 h).

Administrar un **broncodilatador** si el espasmo de los bronquios no cede después de la administración de la

adrenalina:  $\beta$ -mimético de corta duración (p. ej. salbutamol en inhalador). En caso de necesidad, las inhalaciones se pueden repetir según respuesta del paciente.

En pacientes con presión arterial sistólica <90 mm Hg a pesar de administrar adrenalina IM y de perfundir fluidos →

considerar el uso de un medicamento **vasoconstrictor** (noradrenalina) en infusión continua EV.

La **adrenalina** intramuscular es el tratamiento de elección

Material elaborado y revisado en enero 2021 por:

Equipo técnico del MSPyBS.

### 1. Bibliografía:

- 1- Manejo de la anafilaxia en América Latina: situación actual. V Cardona et al. Rev. alerg. Méx. vol.64 no.2 Ciudad de México abr./jun. 2017
- 2- <https://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-4>
- 3- <https://empendium.com/manualmibe/chapter/B34.II.17.1>.
- 4- World Allergy Organ. J., 2011; 4: 13-37 y World Allergy Organ. J., 2015; 8: 32.
- 5- Normas Nacionales de Vacunación, Técnico Administrativas y de Vigilancia del Programa Nacional de Enfermedades Inmunoprevenibles y Programa Ampliado de Inmunizaciones. Agosto 2017. 3ª Edición.

Dra. Doris Royg  Directora  
Coordinación de Regiones Sanitarias  
M.S.P. y B.S.



Ministerio de  
**SALUD PÚBLICA  
Y BIENESTAR SOCIAL**

Dr. Guillermo Soquera   
Director General  
Dirección General de Vigilancia de la Salud

**GOBIERNO  
NACIONAL**

Lic. Gustavo Montañez   
Asesor Técnico  
Viceministerio de Rectoría y Vigilancia de la Salud  
M.S.P. y B.S.

Paraguay  
de la gente