

Anafilaxia posvacunación. Uso de adrenalina

La anafilaxia¹ posvacunación es un **evento adverso muy raro**, con una tasa de 1 a 10 por 1.000.000 de dosis aplicadas (según la vacuna). Se manifiesta generalmente en forma **inmediata** en la primera hora (minutos a menos de una hora) posterior a la vacunación, pero también puede aparecer en forma **tardía** (4 a 8 horas posvacunación).

Por tratarse de un evento potencialmente fatal, se lo debe considerar como una **emergencia médica**.

Los **síntomas** pueden ser:

Sistémicos leves

Cosquilleo, hormigueo, prurito (sobre todo de manos y pies), sensación de calor (puede acompañarse de congestión nasal), edema de párpados, estornudos, lagrimeo. Esta sintomatología es de inicio inmediato (en las primeras dos horas de exposición) y la duración, depende del tratamiento instalado; suele no superar un día.

Sistémicos moderados

Incluye los síntomas leves, más la presencia de tos, disnea, broncoespasmo, sibilancias, edema de laringe, disfonía, urticaria y/o angioedema², y puede haber náuseas y vómitos, prurito generalizado, sensación de calor y una gran ansiedad.

El inicio y la duración de los síntomas son muy semejantes a los sistémicos leves.

Sistémicos graves

Pueden ser súbitos e iniciarse como los leves y los moderados, pero progresan rápidamente, en minutos.

En algunas ocasiones pueden presentarse (sin otras manifestaciones previas) con importante broncoespasmo, disnea, edema de laringe con ronquera y estridor, y cianosis; puede progresar hasta el paro respiratorio. El edema gastrointestinal y la hipermotilidad pueden provocar náuseas, vómitos, diarrea, cólicos, incontinencia fecal o urinaria.

Pueden ocurrir convulsiones (por irritación del sistema nervioso central o por hipoxia), colapso cardiovascular con hipotensión, arritmias cardíacas, shock y coma.

Los síntomas de colapso cardiovascular y los signos de falla respiratoria pueden ser muy rápidos e incluso representar los primeros signos objetivos de una manifestación de anafilaxia.

La **recurrencia de los síntomas** no es infrecuente, y puede ocurrir en un período de 2 a 48 horas.

¹ La anafilaxia es una reacción alérgica generalizada, de instauración rápida, que puede ser grave, y en algunos casos, incluso mortal. Afecta a todo el organismo, y puede dar síntomas variados en diversos sistemas.

² El angioedema es una hinchazón, similar a la urticaria, pero que se presenta bajo la piel en lugar de darse en la superficie.

El **diagnóstico** de la anafilaxia es, básicamente, clínico. Debe presentar al menos uno de los siguientes criterios.³

CRITERIO 1 Inicio súbito (minutos o pocas horas), con afectación de piel y mucosas y al menos uno de los siguientes síntomas	A) Compromiso respiratorio (disnea, sibilancias, estridor, hipoxemia)
	B) Disminución de la tensión arterial (TA) sistólica o hipoperfusión (síncope, hipotonía, incontinencia)
CRITERIO 2 Dos o más de los siguientes síntomas que ocurren rápidamente después de la exposición	A) Afectación de piel y mucosas (urticaria, enrojecimiento, prurito, angioedema)
	B) Compromiso respiratorio
	C) Disminución de la TA sistólica o síntomas asociados a hipoperfusión
	D) Síntomas gastrointestinales persistentes (dolor abdominal, vómitos)
CRITERIO 3 Disminución de la tensión arterial tras la exposición	A) Lactantes de 1 a 12 meses: TA < 70 mmHg
	B) Niños de 1 a 10 años: TA < (70 mmHg + [edad en años x 2])
	C) Mayores de 11 años: TA sistólica < 90 mmHg o descenso de 30% de su TA basal

Es importante diferenciar la anafilaxia de la reacción vagal o la lipotimia; mientras que estas dos entidades se manifiestan como palidez y pérdida de conciencia en forma brusca, en la anafilaxia son más frecuentes las manifestaciones de las vías aéreas superiores y cutáneo-mucosas.

Para su **tratamiento** se toman medidas no farmacológicas y farmacológicas.

Se coloca al paciente en posición en decúbito supino (acostado boca arriba) o con los pies elevados.

En cuanto a los medicamentos, la **adrenalina** es el pilar del tratamiento. **Se debe administrar de inmediato**, el retraso empeora el pronóstico.

Los **antihistamínicos** son eficaces para la urticaria y/o angioedema, pero NO controlan los síntomas de anafilaxia. No darlos como primera línea de tratamiento. Deberán administrarse luego del episodio para prevenir recurrencias.

La administración temprana de **corticosteroides**, después de la adrenalina y del antihistamínico es de mucha ayuda para prevenir la recurrencia de los síntomas y la fase tardía. Deben indicarse por tres o cuatro días.

El **oxígeno** se administra a los pacientes con cianosis, disnea o sibilancias.

La adrenalina suele aliviar la presencia de broncoespasmo. Sin embargo, cuando esto no es suficiente, se puede nebulizar con un **broncodilatador** como salbutamol.

³ Fuente: J Allergy Clin Immunol 2010; 125: 5161-81.

En el siguiente cuadro se especifican las pautas de dosificación de medicamentos utilizados en el tratamiento de la anafilaxia posvacunación.

MEDICAMENTO	DOSIS	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	DOSIS MÁXIMA	REPETICIÓN
Adrenalina 1/1000 1ml = 1mg ampolla de 5 ml	0,01 ml/kg (1 décima cada 10 kg) Por ejemplo, si el paciente pesa 20 kg, se aplicarían 0,2ml, que corresponden a dos décimas de la jeringa.	IM/ SC	0,3-0,5 ml por vez	Cada 15 a 20 minutos. Se puede repetir tres veces.
Difenhidramina	Inicial: 1-2 mg/kg/dosis Mantenimiento: 2-5 mg/kg/día	IM/ EV/ SC	Ataque: 50mg Mantenimiento: 300 mg/día VO	
Hidrocortisona	Inicial: 10 mg/kg/dosis Mantenimiento: 5 mg/kg/día cada 6 horas	EV	400mg/dosis EV	
Metilprednisolona	Inicial: 1-2 mg/kg/dosis Mantenimiento: 1-2 mg/kg/día c/6 a 8 horas	EV/ IM	60 mg/día VO	

A continuación se indican las dosis de adrenalina intramuscular (IM), según el peso del paciente.

Anafilaxia

Material necesario en la urgencia

← ADRENALINA

← JERINGA DE TUBERCULINA

ADRENALINA AL 0,1 % SIN DILUIR, APLICACIÓN IM

Peso	Dosis de adrenalina IM
HASTA 5 kg	0,05 ml
6-10 kg	0,1 ml
11-15 kg	0,15 ml
16-20 kg	0,20 ml
21-25 kg	0,25 ml
26-30 kg	0,30 ml
>30 kg	0,30-0,50 ml (dosis máxima 0,50 ml)

Entre los **errores más comunes en el tratamiento**, se puede citar:

- Presumir que el cuadro anafiláctico mejorará en forma espontánea.
- Suponer que los corticoides o los antihistamínicos pueden sustituir la función de la adrenalina. La mayoría de los casos mortales de anafilaxia se deben a la no utilización de la adrenalina, o a su uso tardío.
- Creer que la adrenalina se acompaña de efectos cardíacos importantes. Para el paciente es peor el estado de shock.
- Confiarse, cuando existe una mejoría rápida del paciente. En muchos casos, estos enfermos pueden presentar gravísimas reacciones de tipo tardío. Es un error muy

frecuente no internar a estos pacientes para observación y monitorización después del episodio.

Todo personal de salud debe estar debidamente capacitado para utilizar adrenalina en forma intramuscular ante un cuadro de anafilaxia. El kit para tratamiento de la anafilaxia debe estar disponible y fácilmente accesible al personal que aplica las vacunas y que asiste al paciente.

Bibliografía

Organización Panamericana de la Salud. Curso Reporte ESAVI. 2ª edición. 2021. Disponible en:

<https://cursospaises.campusvirtualsp.org/>

Ministerio de Salud. Recomendaciones Nacionales de Vacunación. Buenos Aires. Argentina. 2012. Disponible en <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/tocoginecologia/files/2014/05/Recomendaciones-Nacionales-de-VACUNACION-ARGENTINA- 2012.pdf>