# Anafilaxia en urgencias (adulto y niño)

**Alcance:** anafilaxia aguda en adultos y niños en urgencias y prehospitalario: reconocimiento, tratamiento, refractaria, observación y alta (autoinyector o intranasal, plan de acción, referencia a alergología); **fuera:** desensibilización e inmunoterapia (solo referencia), angioedema por bradicinina (solo como diferencial), mastocitosis (mención) y picaduras de himenópteros (guía «Picaduras y mordeduras»). **Pauta principal:** AAAAI/ACAAI 2023 y EAACI 2021, con ASCIA 2026 (la más reciente), RCUK 2021 (refractaria), WAO 2020 (WAO 2026 la actualiza en vía IN e intervalo), AAAAI 2020 (GRADE) y AHA 2025 (paro); fichas FDA (EE. UU.; disponibilidad en México no verificada). **Regional:** Galaxia-Latam 2019 (avalada por el CMICA) y GALAXIA 2022 (España; sin edición posterior).[30–32]

v1.1 · 16 de noviembre de 2026 · Revisión clínica por médico del equipo editorial y verificación independiente contra las fuentes citadas

### LO QUE TIENES QUE SABER

- **Adrenalina IM primero: 1 mg/mL, 0.01 mg/kg en la cara anterolateral del muslo, máximo 0.5 mg por dosis; repite c/5 min si no hay respuesta** (dosis: ASCIA 2026, WAO 2020; intervalo: ASCIA, RCUK); vía IM en el muslo como 1.ª línea **[EAACI fuerte, baja; tabla 2: muy baja]**. No esperes a que se cumplan los criterios para aplicarla **[AAAAI 2023 CBS condicional, muy baja]**.[1–5]
- **Puede no haber piel:** hipotensión, broncoespasmo o afección laríngea tras exposición a un alérgeno conocido o muy probable bastan (WAO 2020); la piel falta hasta en 20 % (RCUK).[4,5]
- **Acostado, no de pie:** no lo levantes ni lo sientes de golpe, aunque parezca recuperado (ASCIA, RCUK); $O_2$, monitor y **SF 0.9 % 10–20 mL/kg** en bolo si hay hipotensión o mala respuesta (ASCIA).[3,4]
- **Refractaria:** persistencia de compromiso respiratorio o cardiovascular pese a 2 dosis adecuadas de adrenalina IM (RCUK); la urticaria aislada no basta. Ayuda experta e **infusión IV de adrenalina 1 mg en 100 mL a 0.5 mL/kg/h** (ASCIA, RCUK); con betabloqueador, valora **glucagón** (RCUK).[3,4]
- **Antihistamínicos y corticoides son adyuvantes:** no sustituyen a la adrenalina ni tratan la obstrucción de la vía aérea o el choque (ASCIA, RCUK); el corticoide se reserva para sibilancias persistentes o refractaria (sección 5). Usarlos para prevenir la bifásica no se sugiere **[AAAAI 2020 condicional, muy baja]**.[3,4,6]
- **Observa ≥4 h tras la última dosis** (ASCIA; más si fue grave). Al alta: **2 dispositivos** (autoinyector o intranasal por peso), entrenamiento, plan escrito y **alergología**.[1,3,4,12,13]

**50–112**
episodios de anafilaxia por 100 000 personas-año en el mundo; prevalencia en la vida 0.3–5.1 % (WAO 2020); en aumento, ~7.4 %/año (WAO 2026)[5,30]

**≤20 %**
de las anafilaxias cursan sin cambios en piel o mucosas (RCUK 2021)[4]

**~10 %**
necesita una 2.ª dosis de adrenalina; <1 % es refractaria (RCUK 2021; EAACI 2021)[2,4]

**Cómo leer:** **[AAAAI 2023 CBS fuerte, moderada]** = enunciado por consenso (CBS) del parámetro AAAAI/ACAAI 2023, con fuerza (fuerte/condicional) y certeza de la evidencia. **[AAAAI 2020 condicional, muy baja]** = recomendación GRADE de Shaker 2020; **[AAAAI 2020 BPC]** = enunciado de buena práctica. **[EAACI fuerte, baja]** = fuerza y certeza (EAACI 2021). **[AHA 2025 2a, C-EO]** = clase de recomendación y nivel de evidencia (C-EO, opinión de expertos). **[ACR–AAAAI 2025 limitada, limitada]** = fuerza de la evidencia y de la recomendación, o «consenso de expertos». **[Galaxia-Latam IV, C]** = nivel de evidencia y grado (A–D). ASCIA (Australia y Nueva Zelanda), RCUK (Reino Unido), WAO y GALAXIA 2022 (España): sin graduación por enunciado. **(ficha)** = ficha FDA; **(guía)** = pauta de una guía. Los dispositivos que citan ASCIA, RCUK y las fichas FDA son de su país (México: sección 7).
**Siglas:** AAAAI/ACAAI, academias estadounidenses de alergia; EAACI, European Academy of Allergy and Clinical Immunology; ASCIA, Australasian Society of Clinical Immunology and Allergy; RCUK, Resuscitation Council UK; WAO, World Allergy Organization; AHA, American Heart Association; NIAID/FAAN, criterios estadounidenses de 2006; IM/IN/IV/IO, intramuscular, intranasal, intravenosa, intraósea; SF, solución salina; BB, betabloqueador; IECA, inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina; bST, triptasa sérica basal; RCP-EC, RCP extracorpórea; SVCA/PALS, soporte vital cardiovascular avanzado adulto/pediátrico; TAS, presión arterial sistólica; CMICA, Colegio Mexicano de Inmunología Clínica y Alergia.

**Índice:** Algoritmo p. 2–3 **1** Definición y gravedad p. 4 **2** Desencadenantes y riesgo p. 5 **3** Tratamiento inmediato p. 5 **4** Refractaria y paro p. 7 **5** Adyuvantes p. 8 **6** Observación y bifásica p. 8 **7** Alta y México p. 9 **8** Situaciones especiales p. 10 **9** Diagnóstico diferencial p. 11 **10** Dónde difieren p. 11 **11** Casos y errores p. 14 **12** Consulta rápida p. 16–18 Referencias p. 18–19

## El algoritmo (1/2): reconocer y tratar en los primeros minutos[1–6,10,30]

Pauta: ASCIA 2026 y WAO 2020 (dosis), ASCIA y RCUK 2021 (intervalo y soporte). Dosis completas y fuente de cada una: secciones 3 y 12.

**Adrenalina IM sin demora ante la sospecha; lo demás va después**

- No retrases la adrenalina por buscar acceso IV, tomar triptasa o dar antihistamínico o corticoide **[AAAAI 2020 BPC]**. Si dudas, aplícala (ASCIA, RCUK): una dosis IM rara vez causa efectos graves **[AAAAI 2023 CBS fuerte, baja]**.[1,3,4,6]

### 1 Reconoce

**Anafilaxia muy probable si (WAO 2020)**

- Inicio agudo con **piel o mucosas** + al menos uno: compromiso respiratorio, hipotensión o disfunción de órgano, síntomas GI graves; **o**
- **Hipotensión, broncoespasmo o afección laríngea** tras exposición a un alérgeno conocido o muy probable, **aun sin piel**

**Hipotensión (WAO)**

- TAS <90 mmHg (adulto y 11–17 años) o caída >30 %
- 1–10 años: TAS <70 + (2 × edad) mmHg; 1 mes–1 año: <70 mmHg. En el niño la hipotensión es tardía: la taquicardia persistente es el primer signo (ASCIA)
- Triptasa ≤2 h del inicio, sin retrasar el tratamiento (sección 1)

### 2 Actúa

**Primer minuto (ASCIA, RCUK, EAACI)**

- Retira el desencadenante: detén la infusión IV; deja de comer
- Pide ayuda (en el hospital, equipo de reanimación; fuera, ambulancia)
- Monitor: $SpO_2$, PA, ECG

**Posición (ASCIA, RCUK)**

- Acostado; piernas elevadas si hay compromiso circulatorio
- Disnea: sentado con piernas extendidas (no en silla); niño pequeño acostado en el regazo, no vertical
- Embarazo, vómito o inconsciencia: decúbito lateral (izquierdo en embarazo)
- **No de pie ni caminando**, aunque mejore

### 3 Adrenalina IM

| Peso aproximado | Volumen de 1 mg/mL | Máximo · advertencia |
|---|---|---|
| **Cálculo** | **0.01 mL/kg = 0.01 mg/kg** | Máx. **0.5 mg por dosis** (ASCIA, WAO). **Repite c/5 min** si no hay respuesta (ASCIA, RCUK). Muslo anterolateral; no glúteo, dedos, manos ni pies; no repitas en el mismo sitio (ficha). No en bolo IV de inicio (RCUK) |
| **7.5–10 kg (~1–2 años)** | 0.1 mL (0.1 mg) | |
| **15 · 20 · 30 kg** | 0.15 · 0.2 · 0.3 mL | |
| **40 kg · ≥50 kg** | 0.4 mL · **0.5 mL** | |

Si solo hay autoinyector o intranasal (neffy: ASCIA, WAO 2026; ficha ≥4 años y ≥15 kg), úsalo primero. Tras un autoinyector, las siguientes dosis con ampolleta y jeringa (RCUK); para dosis repetidas, IM de preferencia a IN (ASCIA). Diferencias por edad y topes entre organizaciones: sección 10.

### 4 Soporte

**Circulación y oxígeno**

- $O_2$ a alto flujo; luego $SpO_2$ 94–98 % (RCUK)
- Acceso IV (o IO): **SF 0.9 % 10–20 mL/kg** en bolo rápido si hay hipotensión o mala respuesta; repite según respuesta (ASCIA)
- No responde y no respira con normalidad: **activa el protocolo de paro e inicia RCP** según soporte vital básico (ASCIA, RCUK)

**Vía aérea y bronquios (adyuvantes)**

- Estridor: **adrenalina nebulizada 5 mL de 1 mg/mL**, como complemento de la IM (ASCIA, RCUK; EAACI: otra dosis, sección 10)
- Sibilancias persistentes: **salbutamol 5 mg** nebulizado (<5 años 2.5 mg, RCUK); no sustituye a la adrenalina
- Compromiso respiratorio o CV que persiste tras **2 dosis**: paso 5

ASCIA 2026 y WAO 2026 aceptan la vía IM o la IN como primera línea; RCUK, EAACI, AAAAI 2023, GALAXIA 2022 y Galaxia-Latam 2019 no contemplan la vía intranasal (sección 10).[30]

## El algoritmo (2/2): refractaria, paro, observación y alta[1–4,6,7,12,13]

**5** Refractaria

**Compromiso respiratorio o CV pese a 2 dosis IM (RCUK)**

- Ayuda experta temprana (urgencias, UCI, anestesia)
- **Infusión IV/IO de adrenalina:** 1 mg (1 mL de 1 mg/mL) en **100 mL de SF 0.9 %** a **0.5 mL/kg/h** (~0.1 µg/kg/min); titula según respuesta
- Hasta que inicie la infusión: adrenalina IM (o IN) c/5 min
- Más líquidos: 10–20 mL/kg (ASCIA); adulto hasta 3–5 L (RCUK)

**Advertencias**

- Bomba de infusión y línea exclusiva; no en el brazo del manguito de PA (ASCIA, RCUK)
- Monitor ECG, $SpO_2$ y PA no invasiva al menos c/5 min (RCUK)
- Bolos IV de adrenalina: no recomendados; solo personal experto en periparo (ASCIA, RCUK)
- Sin infusión disponible: IM c/5 min y traslado (ASCIA, RCUK)

**6** Betabloqueador y choque

| Situación | Conducta (RCUK, salvo indicación) | Advertencia |
|---|---|---|
| **Con BB, refractaria a infusión y líquidos** | **Glucagón 1 mg IV** (adulto), repetible o infusión 1–2 mg/h; niño 20–30 µg/kg (máx. 1 mg) c/5 min | Vómito (protege la vía aérea), hiperglucemia, hipopotasemia |
| **Choque pese a infusión** | Segundo vasopresor (noradrenalina o vasopresina) con experto y protocolo local | Sin evidencia en humanos para elegir uno |
| **Broncoespasmo persistente** | Infusión de adrenalina + salbutamol e ipratropio nebulizados con $O_2$ (ASCIA) | Magnesio IV no es de 1.ª línea (hipotensión) |

**7** Paro

**RCP según SVCA/PALS**

- Adrenalina IV/IO según el protocolo de RCP; la dosis IM estándar de anafilaxia es de eficacia incierta en paro [AHA 2025 2b, C-EO]
- Líquidos isotónicos IV [AHA 2025 2a, C-EO]

**Si no responde**

- Con BB: glucagón [AHA 2025 2b, C-EO]
- RCP-EC donde exista [AHA 2025 2a, C-EO]; RCP prolongada (RCUK)

**8** Observa y da de alta

**Observación (ASCIA 2026)**

- **≥4 h tras la última dosis** de adrenalina; no se pone de pie hasta estar estable (≥1 h tras 1 dosis; ≥4 h tras >1)
- Toda la noche si fue grave o refractaria, hubo bifásica previa, asma grave, arritmia, mastocitosis, vive solo o lejos, o llegó de noche
- Antes del alta: de pie supervisado; valora mareo y PA (RCUK)

**Al alta (ASCIA, RCUK, AAAAI)**

- **2 dispositivos** por peso (ficha): autoinyector 0.1 mg (7.5–<15 kg), 0.15 mg (15–<30 kg) o 0.3 mg (≥30 kg); neffy 1 mg (15–<30 kg, ≥4 años) o 2 mg (≥30 kg)
- Entrenamiento con dispositivo de práctica y plan de acción escrito
- Referencia a alergología; triptasa basal ≥24 h tras la resolución

Fuente de cada dosis: sección 12. Definiciones de refractaria y tiempos de observación distintos entre guías: sección 10.

## 1 Definición, criterios diagnósticos, gravedad y triptasa[1–6,30,31]

**Definición (ASCIA 2026, coherente con WAO 2020):** reacción alérgica sistémica potencialmente mortal, por lo general de inicio rápido. El diagnóstico es clínico: no hay síntoma ni marcador de laboratorio patognomónico (AAAAI 2023). Usa criterios clínicos como apoyo **[EAACI condicional, muy baja]** (en lactantes y niños pequeños, WAO o NIAID/FAAN **[AAAAI 2023 CBS condicional, baja]**), pero **no exijas que se cumplan para dar adrenalina [AAAAI 2023 CBS condicional, muy baja]**; ni la decisión de aplicarla ni la respuesta a ella confirman el diagnóstico **[AAAAI 2023 CBS condicional, muy baja]**.[1–3,5]

| CRITERIO | WAO 2020 (2 CRITERIOS; ASCIA, COHERENTE, CON CRITERIO 2 MÁS AMPLIO) | NIAID/FAAN 2006 (3 CRITERIOS; EAACI 2021, AAAAI 2020) |
|---|---|---|
| Con piel o mucosas | **1.** Inicio agudo (minutos a horas) con urticaria generalizada, prurito, rubor o edema de labios, lengua o úvula + al menos uno: compromiso respiratorio; PA baja o disfunción de órgano (hipotonía, síncope, incontinencia); **síntomas GI graves** (cólico intenso, vómito repetido), sobre todo con alérgenos no alimentarios | **1.** Piel o mucosas + compromiso respiratorio o PA baja. **2.** Dos o más, rápido tras exposición a un alérgeno probable: piel-mucosas, respiratorio, PA baja o síntomas asociados, **GI persistentes** |
| **Sin piel** | **2.** Inicio agudo de **hipotensión, broncoespasmo o afección laríngea** (estridor, cambios de voz, odinofagia) tras exposición a un alérgeno conocido o muy probable para ese paciente, **aun sin piel** | **3.** PA baja tras exposición a un alérgeno conocido para ese paciente |
| Hipotensión | TAS con caída >30 % de la basal, o baja para la edad (WAO; cortes de la columna derecha) | EAACI: <70 mmHg de 1 mes a 1 año; <70 + (2 × edad) de 1 a 10 años; <90 mmHg de 11 a 17 años |

El criterio «sin piel» de WAO excluye los síntomas respiratorios bajos por inhalantes comunes. ASCIA formula el criterio 2 de forma más amplia: hipotensión o compromiso respiratorio agudos «cuando se considere posible la anafilaxia», aun sin piel y sin exigir un alérgeno conocido. RCUK resume: inicio súbito y progresión rápida + problema de vía aérea, respiración o circulación; la piel puede faltar hasta en 20 %. AAAAI 2023 señala que el angioedema orofaríngeo o laríngeo aislado cumple WAO 2020 pero no NIAID 2006 (falta consenso).[1,2,4,5]

### SIGNOS DE ALARMA Y NIÑOS (ASCIA, AAAAI)

- **Graves (cualquiera basta, ASCIA):** respiración difícil o ruidosa, edema de lengua, opresión faríngea, sibilancias o tos persistente, disfonía, mareo persistente o colapso; en niños pequeños, palidez e hipotonía.[3]
- **Lactantes:** sialorrea, irritabilidad, llanto persistente, somnolencia, hipotonía, piel marmórea (ASCIA); retraimiento, llanto inconsolable o apego (AAAAI). La **taquicardia persistente** es el primer signo cardiovascular y la hipotensión, tardía; la taquicardia aislada no basta (llanto, fiebre, dolor o la propia adrenalina).[1,3]
- **GI:** dolor abdominal y vómito son signos de anafilaxia por insectos y, si son graves y persistentes, de cualquier causa; el vómito aislado grave sugiere otra entidad (p. ej., FPIES).[3]
- En lactantes y preescolares la edad no predice la gravedad **[AAAAI 2023 CBS condicional, muy baja]**.[1]

### TRIPTASA: CUÁNDO Y CÓMO LEERLA

- **Cuándo:** lo antes posible, idealmente entre 30 min y 2 h del inicio **[EAACI condicional, muy baja] [AAAAI 2023 CBS condicional, moderada]**; RCUK: mínimo una muestra ≤2 h y no después de 4 h; ideal, tres (al ingreso, a 1–2 h y basal ≥24 h). **Sin retrasar el tratamiento** (RCUK, EAACI).[1,2,4]
- **Cinética (RCUK):** sube ≥30 min tras el inicio, pico a 1–2 h, vida media ~2 h; puede normalizarse en 6–8 h.[4]
- **Lectura:** elevación aguda ≥(1.2 × basal) + 2 µg/L apoya el diagnóstico (EAACI; AAAAI). Una triptasa **normal no excluye** la anafilaxia, sobre todo en niños y con alimentos (EAACI, WAO: 36–40 % quedan <11.4 µg/L); sube también post mortem y en asma grave (RCUK).[1,2,4,5]
- **Basal (bST)** ≥24 h tras la resolución; recomendada en anafilaxia recurrente, idiopática o grave, sobre todo con hipotensión **[AAAAI 2023 CBS fuerte, moderada]**; bST ≥8 ng/mL: considera alfa-triptasemia hereditaria **[AAAAI 2023 CBS condicional, baja]**.[1]
- **Latinoamérica:** en 2019 la triptasa solo podía medirse en la mitad de 10 países encuestados, a veces solo en investigación o en centros privados (Galaxia-Latam): su falta no impide diagnosticar ni tratar.[31]

**GRAVEDAD (GALAXIA-LATAM; UNA ESCALA ENTRE VARIAS)**

**Grave:** cianosis, **$SpO_2$ ≤92 % (≤95 % en niños)**, hipotensión, confusión, hipotonía, pérdida de la conciencia o incontinencia. **Moderada:** signos respiratorios, CV o GI (disnea, estridor, sibilancias, náusea o vómito, mareo, diaforesis, opresión torácica, sensación de garganta ocupada, dolor abdominal).[31]

La piel sola (eritema, urticaria, angioedema) **no es criterio de gravedad**; evalúa con ABCDE. En el niño, la afección laríngea o bronquial es la que da gravedad. La gravedad se registra en el informe de alta (sección 7). WAO 2026 señala que falta una escala aceptada internacionalmente.[30,31]

## 2 Desencadenantes y factores de riesgo o gravedad[1,3–5,30,31]

### DESENCADENANTES

- **Frecuentes:** alimentos, picaduras de insectos y fármacos; **menos:** látex, garrapatas, ejercicio (con o sin alimento) y frío; **raros:** medio de contraste, vacunas e idiopática (ASCIA). En niños predominan huevo, leche, trigo y cacahuate (WAO).[3,5]
- **Latinoamérica (Galaxia-Latam):** menos sensibilización a cacahuate que en Europa o Norteamérica y más a pescado y frutas. AINE y antibióticos causaron ~80 % de las anafilaxias por fármacos en datos regionales; los más implicados fueron AINE (pirazolonas, derivados del ácido propiónico, diclofenaco) y paracetamol. En adultos predominan los fármacos (betalactámicos y AINE) (WAO 2026).[30,31]
- **Idiopática** (6.5–35 %): descarta trastornos de células cebadas y considera alergenos ocultos como alfa-gal (WAO; AAAAI 2023).[1,5]
- **Edad y desenlace (RCUK):** la anafilaxia alimentaria mortal predomina en adolescentes y adultos hasta los 30 años; la mortal por fármacos, en adultos mayores (comorbilidad, polifarmacia, BB e IECA). La perioperatoria causa ~10 muertes/año en el Reino Unido.[4]
- **Himenópteros:** retira el aguijón visible (ASCIA); manejo específico e inmunoterapia con veneno: guía «Picaduras y mordeduras».[3,8]

### RIESGO DE ANAFILAXIA GRAVE O MORTAL (AAAAI 2023, TABLA 18)

- **Fármacos:** edad >60 años, enfermedad cardiovascular o respiratoria, antihipertensivos.
- **Alimentos:** adolescencia, **asma no controlada**, alcohol, cacahuate o nueces, ejercicio.
- **Veneno:** mayor edad, sexo masculino, alfa-triptasemia hereditaria, trastornos de células cebadas, enfermedad cardiovascular, AINE, antihipertensivos.
- **Cofactores (AAAAI; WAO):** mastocitosis, infecciones, periodo perimenstrual, AINE, alcohol, estrés, privación de sueño, ejercicio, causa desconocida.
- **Asma:** la principal causa de muerte en la anafilaxia por alimentos o fármacos es el paro respiratorio por broncoespasmo en asma o EPOC (ASCIA).[3]
- **BB e IECA:** pueden empeorar el desenlace, aunque el efecto no está establecido (WAO); el aumento real de riesgo se desconoce (AAAAI); con BB la adrenalina puede ser menos eficaz (RCUK, EAACI).[1,2,4,5]

Mastocitosis: 40–50 % de los adultos y 10 % de los niños con mastocitosis tienen riesgo de anafilaxia (AAAAI 2023); su estudio (médula ósea, KIT D816V) corresponde a alergología.[1]

## 3 Tratamiento inmediato[2–6,10,13]

### SECUENCIA (EAACI, ASCIA, RCUK)

- **Quédate con el paciente, retira el desencadenante** (detén la infusión IV; deja de comer), **pide ayuda** y aplica adrenalina si hay signos de anafilaxia (EAACI, recuadro 3).[2,3]
- **Posición:** acostado, con piernas elevadas si hay compromiso circulatorio; sentado con piernas extendidas si predomina la disnea; decúbito lateral izquierdo en el embarazo. Puede morir en minutos si se pone de pie, camina o se sienta de golpe (RCUK); no lo lleves caminando al baño ni a la regadera (ASCIA). WAO considera controvertido el beneficio de elevar las piernas.[3–5]
- **Oxígeno** a la mayor concentración posible con mascarilla con reservorio; después ajusta a $SpO_2$ 94–98 % (88–92 % si hay riesgo de hipercapnia) (RCUK).[4]
- **Monitor** ($SpO_2$, PA, ECG) en cuanto sea posible: ayuda a valorar la respuesta a la adrenalina (RCUK, ASCIA).[3,4]

### ADRENALINA INTRAMUSCULAR: LA PAUTA

- **1 mg/mL, 0.01 mg/kg (0.01 mL/kg) IM** en el tercio medio de la cara anterolateral del muslo, **máximo 0.5 mg por dosis** (ASCIA; WAO) **[EAACI fuerte, baja]** (texto de EAACI; su tabla 2 dice certeza muy baja); **repite a los 5 min** si no hay respuesta (ASCIA, RCUK).[2–5]
- **Por qué IM en el muslo:** logra concentraciones mayores que la vía SC, el deltoides o la inhalada (EAACI); RCUK no recomienda la SC ni la inhalada por ser menos eficaces. Longitud de aguja que alcance el músculo según la constitución: 25 mm es la mejor y sirve a todas las edades; 16 mm en prematuros o lactantes muy pequeños; 38 mm en algunos adultos (RCUK, apéndice 2).[2,4]
- **Seguridad:** la IM se tolera bien (WAO); las reacciones graves son muy raras **[AAAAI 2023 CBS fuerte, baja]**. El riesgo está en la vía IV: arritmias, hipertensión grave, infarto e ictus, sobre todo con bolos o errores de dilución (RCUK).[1,4,5]
- **Ficha: sin contraindicaciones.** Cardiopatía, hipertiroidismo, diabetes, Parkinson, edad avanzada o embarazo piden precaución, pero no la contraindican en una situación que amenaza la vida; los sulfitos no deben impedir su uso. Adulto mayor: sección 8.[10,13]

| EDAD APROX. | PESO | VOLUMEN DE 1 MG/ML IM | DISPOSITIVO SEGÚN FICHA FDA (EE. UU.) | DISPOSITIVO SEGÚN ASCIA (AUSTRALIA/NZ) |
|---|---|---|---|---|
| <1 año | <7.5 kg | 0.01 mL/kg (WAO, EAACI); ASCIA anota 0.1 mL | Sin dispositivo: ampolleta y jeringa | Sin dispositivo |
| 1–2 años | 7.5–10 kg | 0.1 mL | Autoinyector 0.1 mg (Auvi-Q, 7.5–<15 kg) | 0.15 mg (7.5–20 kg; de 7.5 a 10 kg tras valoración) |
| 2–3 años | 15 kg | 0.15 mL | 0.15 mg (15–<30 kg); neffy 1 mg si ≥4 años | 0.15 mg; neffy 1 mg (15–30 kg, ≥4 años) |
| 4–6 años | 20 kg | 0.2 mL | 0.15 mg; neffy 1 mg | **0.3 mg (≥20 kg)**; neffy 1 mg |
| 7–12 años | 30–40 kg | 0.3–0.4 mL | 0.3 mg (≥30 kg); neffy 2 mg (≥30 kg) | 0.3 mg; neffy 2 mg (≥30 kg) |
| >12 años y adulto | >50 kg | **0.5 mL (máximo)** | 0.3 mg; neffy 2 mg | 0.3 mg o 0.5 mg (Anapen 500, ≥50 kg); neffy 2 mg |

Cifras de volumen: tabla de ASCIA 2026 (equivale a ~0.01 mL/kg, salvo en <7.5 kg). Umbral para 0.3 mg: 30 kg en la ficha y 20 kg en ASCIA (sección 10). Pesa al niño o usa el peso referido; la edad es solo orientativa. En el hospital es preferible la ampolleta con jeringa, que permite ajustar la dosis al peso; si solo hay autoinyector, úsalo primero (RCUK).[3,4,11–13]

### ADRENALINA INTRANASAL (NEFFY): QUÉ DICEN FICHA Y GUÍAS

- **Ficha FDA:** anafilaxia en ≥4 años y ≥15 kg; **1 mg** (15–<30 kg) o **2 mg** (≥30 kg), una nebulización; si no mejora o empeora, **2.ª dosis en la misma fosa nasal a los 5 min** con un dispositivo nuevo; >2 dosis seguidas, con supervisión médica. No cebar; no inhalar con fuerza.[13]
- **Advertencias (ficha):** la absorción puede alterarse con pólipos, fractura o cirugía nasal (considera otra vía); precaución en cardiopatía. Efectos frecuentes: molestia nasal, cefalea, rinorrea, mareo, náusea.[13]
- **Guías:** ASCIA 2026 la incorpora (IM o IN; para dosis repetidas sin infusión, de preferencia IM). **WAO 2026** acepta la IM o la IN como primera línea; sin ensayos directos IN frente a IM, se aprobó con datos de farmacocinética y farmacodinamia. AAAAI 2023, EAACI 2021, RCUK 2021, el folleto GALAXIA 2022 y Galaxia-Latam 2019 no la contemplan (WAO 2020 tampoco). **Ebisawa 2025** (fase 3, abierto, sin comparador, financiado por el fabricante): 15 niños japoneses de 6–17 años con reacción moderada (grado 2) en reto oral con alimento (huevo, leche, cacahuate, trigo, nuez) recibieron neffy 1 o 2 mg por peso; ninguno necesitó 2.ª dosis para la reacción inicial; mediana de resolución 16 min (1–90); 7 recibieron otros fármacos; 1 bifásica (6.7 %) a las 2 h 45 min, tratada con adrenalina IM. Límites: muestra pequeña, sin choque grave (1 reacción CV grado 2), sin comparador.[1–5,9,30–32]

### LÍQUIDOS IV

- **Pauta (ASCIA 2026): SF 0.9 % 10–20 mL/kg en bolo rápido** si hay hipotensión, choque o mala respuesta a la adrenalina; repite según respuesta. IO si el acceso IV se retrasa (RCUK).[3,4]
- **Por qué:** hasta un tercio del volumen circulante puede perderse por extravasación (RCUK); la adrenalina puede no ser eficaz sin restituir el volumen (EAACI).[2,4]
- **Qué líquido (RCUK):** cristaloide sin glucosa; en volúmenes grandes (hasta 3–5 L en el adulto), mejor solución balanceada (Hartmann) que SF para evitar hipercloremia. **Evita coloides**: no se recomiendan y pueden causar anafilaxia.[4]

- **Lactantes (ASCIA):** la palidez puede persistir pese a la adrenalina y resolver sola; >2 dosis pueden causar hipertensión y taquicardia que se confunden con anafilaxia persistente: guíate por la PA.[3]

## 4 Anafilaxia refractaria y paro cardiaco[1–4,7,10,22,25,26]

**Definición:** persistencia de compromiso respiratorio o cardiovascular pese a **2 dosis** adecuadas de adrenalina IM (RCUK, ASCIA; el criterio es respiratorio o cardiovascular: la urticaria persistente se trata con antihistamínico no sedante, ASCIA; EAACI escala tras 2 dosis IM y líquidos). AAAAI 2023 (Dribin) exige ≥3 dosis o infusión IV (sección 10). Es rara (<1 % de las reacciones; RCUK) pero eleva la mortalidad (26.2 % frente a 0.35 % en un registro europeo; AAAAI). Causas: adrenalina tardía o insuficiente (frecuente), liberación continua de mediadores (frecuente), taquifilaxia (rara) (RCUK).[1–4]

### INFUSIÓN IV DE ADRENALINA (ASCIA 2026; RCUK 2021)

- **Preparación:** 1 mg (1 mL de 1 mg/mL) en **100 mL de SF 0.9 %** (10 µg/mL), por bomba y línea exclusiva; vena periférica o IO hasta tener acceso central; no del lado del manguito de PA.[3,4]
- **Inicio: 0.5 mL/kg/h (~0.1 µg/kg/min)**; ajusta según respuesta a la menor velocidad eficaz (variantes: sección 10); el estado estable llega 5–10 min después de cada cambio (RCUK).[3,4]
- **Exceso:** taquicardia, temblor o palidez con PA normal o alta: reduce (o suspende si es grave) (RCUK).[4]
- **Retiro (RCUK):** al mejorar, baja a ~50 % de la velocidad inicial; 1 h después de que desaparezcan todos los signos, reduce en 30 min y suspende; vigila recurrencia y reinicia si hace falta.[4]
- **Hospital sin tercer nivel (ASCIA):** 1 mg en 1000 mL de SF a ~5 mL/kg/h (~0.1 µg/kg/min), con asesoría experta; uso temporal por riesgo de sobrecarga hídrica.[3]
- **Ficha:** sin pauta IV para anafilaxia (solo IM o SC; la infusión aprobada es para choque séptico). Riesgo de hipertensión grave, edema pulmonar y arritmias por vía IV.[10]

### QUÉ MÁS (RCUK SALVO INDICACIÓN)

- **Vía aérea:** el edema laríngeo grave es poco común; la oxigenación importa más que la intubación. Si se intuba, la persona más experta, con protocolo de vía aérea difícil. Adrenalina nebulizada como complemento, sin retrasar la intubación en obstrucción crítica.[4]
- **Broncoespasmo grave:** frecuente con alimentos y en niños; el paro suele ser hipóxico. Infusión de adrenalina + broncodilatadores nebulizados (salbutamol, ipratropio) e IV. Magnesio IV no es de 1.ª línea (vasodilatación, hipotensión).[3,4]
- **Circulación:** infusión de adrenalina y bolo de líquidos; tiende a subutilizarse el volumen. Choque pese a la infusión: segundo vasopresor (noradrenalina, vasopresina o metaraminol) con experto; no hay datos en humanos para elegir.[4]
- **Betabloqueador:** glucagón si persiste pese a infusión y líquidos: **1 mg IV** (adulto), repetible o infusión 1–2 mg/h; niño **20–30 µg/kg (máx. 1 mg)** c/5 min. Vigila hiperglucemia, vómito, hipopotasemia e hipocalcemia. WAO: evidencia muy limitada.[4,5]
- **Bradicardia grave persistente** pese a líquidos: atropina 0.5 mg IV en el adulto (RCUK, apéndice 3).[4]
- **Corticoide:** razonable considerarlo en la refractaria tras la reanimación inicial; sin prioridad sobre la infusión y los líquidos (sección 5).[4]

### PARO CARDIACO POR ANAFILAXIA (AHA 2025; RCUK)

| RECOMENDACIÓN (AHA 2025, PARTE 10; SIN ESTUDIOS DE INTERVENCIÓN) | CLASE, NIVEL | MATIZ |
|---|---|---|
| Reanimar con líquidos isotónicos IV a adultos y niños en paro por anafilaxia | 2a, C-EO | Solo casos clínicos |
| RCP extracorpórea si el paro es refractario a fármacos | 2a, C-EO | Donde exista |
| Glucagón si hay BB y no responde a SVCA/PALS | 2b, C-EO | Dosis: sección 4 (RCUK) y sección 10 |
| La dosis IM estándar de anafilaxia es de eficacia incierta en el paro; sigue SVCA/PALS (adrenalina IV/IO) | 2b, C-EO | IM con picos menores y tardíos que IV/IO |
| Sugammadex en anafilaxia por rocuronio: eficacia incierta | 2b, C-EO | Perioperatoria |

Si no responde y presenta respiración ausente o anormal: activa el protocolo de paro y procede según soporte vital básico (RCUK). RCUK: inicia compresiones pronto en el adulto en periparo; en la perioperatoria, si la TAS no invasiva es <50 mmHg, sobre todo con bradicardia; considera RCP prolongada (causa súbita y potencialmente reversible en personas antes sanas). Las dosis de adrenalina del protocolo de RCP no forman parte de las fuentes de esta guía: usa el protocolo SVCA/PALS vigente.[4,7]

## 5 Adyuvantes: antihistamínicos, corticoides y broncodilatadores[2–6,14–21,23,24]

**No sustituyen ni retrasan la adrenalina**

- «Otros medicamentos solo como adyuvantes, no en lugar de la adrenalina IM/IN» (ASCIA). Los antihistamínicos no tienen papel en los síntomas respiratorios ni cardiovasculares (ASCIA, RCUK); con síntomas de vía aérea, respiración o circulación persistentes, repite adrenalina IM y pide ayuda (RCUK).[3,4]

| GRUPO | QUÉ DICEN LAS FUENTES | PAUTA DE ESTA GUÍA (DOSIS COMPLETAS: SECCIÓN 12) |
|---|---|---|
| **Antihistamínico H1** | Solo alivian síntomas cutáneos (EAACI); papel limitado (WAO); 3.ª línea, no en el tratamiento inicial (RCUK); sin papel en síntomas respiratorios o CV (ASCIA). Pueden retrasar la adrenalina (RCUK, AAAAI 2020). IV rápidos causan hipotensión (RCUK, WAO). Ficha de difenhidramina IV: «en anafilaxia como adyuvante de la adrenalina … tras controlar los síntomas agudos» | Tras estabilizar, para urticaria o angioedema persistentes: **cetirizina VO** (no sedante) en lugar de clorfenamina (RCUK). Evita antihistamínicos sedantes VO (pueden simular signos de anafilaxia) y prometazina inyectable (hipotensión, necrosis) (ASCIA). Si no hay VO: difenhidramina IV lenta (ficha) |
| **Antihistamínico H2** | Sin evidencia para uso rutinario (RCUK); efecto en síntomas no cutáneos no confirmado (EAACI); sin beneficio claro para prevenir la bifásica (AAAAI 2020: OR 1.21, IC 95 % 0.80–1.83). Fichas de famotidina (y las de clorfenamina OTC, metilprednisolona y ondansetrón): sin indicación ni dosis para anafilaxia; por eso no figuran en la consulta rápida[16–18,20,27] | No forman parte de la pauta. Si se usan, como adyuvante cutáneo y sin retrasar nada |
| **Corticoide** | Beneficio no probado (ASCIA); no de rutina; considerar en refractaria o asma/choque persistentes tras la reanimación; uso temprano asociado a más ingresos a UCI; evidencia de certeza muy baja (RCUK). Uso cada vez más controvertido; podría dañar (WAO); evidencia limitada, posiblemente deletéreo en niños (EAACI). Útil en la crisis asmática que contribuye a la reacción (RCUK) | Sibilancias persistentes (ASCIA) o refractaria tras reanimar (RCUK): **prednisona o prednisolona 1 mg/kg VO (máx. 50 mg)** o **hidrocortisona 5 mg/kg IV (máx. 200 mg)** (ASCIA); VO cuando sea posible (RCUK) |
| **Broncodilatador** | No previenen ni alivian la obstrucción alta, la hipotensión ni el choque; no son de 1.ª línea (ASCIA); no sustituyen a la adrenalina parenteral (RCUK, WAO); sin datos para preferir uno (RCUK) | Sibilancias persistentes: **salbutamol 5 mg nebulizado** (<5 años 2.5 mg, RCUK) o 8–12 disparos de 100 µg con espaciador (ASCIA); refractaria: + ipratropio (sección 12) |
| **Adrenalina nebulizada** | Absorción sistémica despreciable; solo como complemento de la IM (EAACI); para obstrucción alta tras la IM o IV, no como alternativa (RCUK) | Estridor: **5 mL de adrenalina 1 mg/mL** nebulizada (ASCIA, RCUK); EAACI usa 1 mg + 4 mL de SF (sección 10) |

## 6 Observación y reacción bifásica[1–6]

### BIFÁSICA: QUÉ ES Y QUIÉN LA TIENE

- **Definición (AAAAI 2023):** nuevos síntomas que cumplen criterios de anafilaxia 1–48 h después de la resolución completa, sin nueva exposición. Distinta de la **persistente** (≥4 h sin resolución) y de la reabsorción de alimento residual en el intestino (RCUK).[1,4]
- **Frecuencia:** ~5 % (RCUK); 3–20 % en 48 h (ASCIA); 6.5 % (0.4–20 %) con mediana de 10.5 h tras la resolución (AAAAI 2023); mediana ~12 h (RCUK). Muertes por bifásica: muy raras (0 de 435 en el registro europeo; RCUK).[1,3,4]
- **Factores de riesgo** [AAAAI 2020 condicional, muy baja]: cuadro inicial grave (OR 2.11) y **>1 dosis de adrenalina** (OR 4.82); además, presión de pulso amplia, desencadenante desconocido, signos cutáneos y fármaco como causa en niños (AAAAI 2020); adrenalina tardía (>30–60 min) y bifásica previa (RCUK).[4,6]
- **Corticoide o antihistamínico para prevenirla:** sugerencia en contra [AAAAI 2020 condicional, muy baja]: sin beneficio claro (H1 OR 0.71; corticoide OR 0.87, IC 0.74–1.02; en niños el corticoide se asoció a más bifásicas, posible confusión por gravedad). RCUK: poca evidencia de que la prevengan. La adrenalina temprana parece reducirla (EAACI).[2,4,6]

### CUÁNTO OBSERVAR: PAUTA DE ESTA GUÍA

- **Todos:** en un área capaz de tratar anafilaxia hasta la resolución completa **[AAAAI 2020 BPC]**.[6]
- **Mínimo ≥4 h tras la última dosis de adrenalina** (ASCIA 2026), porque puede haber recaída, refractariedad o bifásica.[3]
- **Observación prolongada** (toda la noche o ingreso) si: reacción grave o refractaria (dosis repetidas, líquidos, infusión), bifásica o anafilaxia grave previas, asma grave, arritmia, mastocitosis, vive solo o lejos, o llega tarde por la noche (lista de ASCIA). La gravedad y la necesidad de >1 dosis orientan a observar más tiempo **[AAAAI 2020 condicional, muy baja]**.[3,6]
- **Antes del alta (RCUK):** que coma algo ≥1 h antes (si la causa fue un alimento puede haber más absorción); que se ponga de pie y valora mareo y PA (hipotensión postural); revisión por un clínico experimentado; advierte de la bifásica y de cuándo volver.[4]
- Otras pautas (RCUK 2–6–12 h; EAACI 6–8 h o 12–24 h; AAAAI 2020 1 h si no hay rasgos de riesgo): sección 10.[2,4,6]

## 7 Alta: dispositivos, plan de acción y referencia[1–6,11–13,30–32]

### DISPOSITIVO DE ADRENALINA

- **Prescríbelo y, si puedes, entrégalo antes del alta**; enseña su uso con un dispositivo de entrenamiento (ASCIA). Indicado tras toda anafilaxia, salvo la inducida por fármacos si es fácil evitarlos (RCUK; ASCIA no hace esta excepción); AAAAI 2020: puede diferirse en ese caso con decisión compartida **[AAAAI 2020 BPC]**.[3,4,6]
- **Cuántos:** las fichas de Auvi-Q y neffy recomiendan tener **2** siempre a mano; NICE y la EMA también (RCUK, EAACI). AAAAI 2023: individualiza, pero prescribe más de uno si ya requirió varias dosis o tuvo bifásica **[AAAAI 2023 CBS condicional, muy baja]**.[1,2,4,12,13]
- **Dosis por peso (ficha FDA):** autoinyector **0.1 mg** 7.5–<15 kg (Auvi-Q), **0.15 mg** 15–<30 kg, **0.3 mg** ≥30 kg; neffy **1 mg** 15–<30 kg (≥4 años) o **2 mg** ≥30 kg. Umbral de 25 kg de AAAAI y EAACI: sección 10.[11–13]
- **Uso:** cara anterolateral del muslo, a través de la ropa; sujeta la pierna del niño; sigue las instrucciones del dispositivo prescrito y practica con su entrenador: el tiempo de contacto depende del modelo (Auvi-Q 2 s según ficha; ASCIA 3 s para los suyos); 2.ª dosis a los 5 min si no mejora (fichas); busca atención médica tras usarlo (ficha EpiPen). Revisa en cada consulta portación, almacenamiento y técnica **[AAAAI 2023 CBS fuerte, baja]**.[1,3,11–13]
- **Sin autoinyector disponible o asequible:** jeringa precargada o, si no, ampolleta de 1 mg/mL y jeringa de 1 mL con entrenamiento e instrucciones escritas para cargar la dosis (WAO 2020 y 2026). En México: recuadro siguiente.[5,30]

### PLAN, REFERENCIA Y FÁRMACOS

- **Plan de acción escrito** y personalizado: cómo reconocer la anafilaxia y aplicar la adrenalina IM de inmediato (WAO; ASCIA; RCUK). Con asma: «adrenalina primero» ante disnea súbita (ASCIA).[3–5]
- **Educación:** evitar el desencadenante, signos, bifásica, uso de la adrenalina y cuándo volver **[AAAAI 2020 BPC]**; entrenamiento estructurado **[EAACI condicional, baja]** (redactada como «recomienda»); llevar siempre el dispositivo si el riesgo es alto **[AAAAI 2023 CBS fuerte, muy baja]**.[1,2,6]
- **Alergología:** refiere a **todos** (ASCIA, RCUK, AAAAI 2020) para confirmar la causa, educar, actualizar el plan e iniciar inmunoterapia cuando proceda (ASCIA). Envía la descripción, tiempos y tratamientos administrados, y la hora de cada muestra de triptasa (RCUK). **Informe de alta** (Galaxia-Latam): hora de la reacción, síntomas y su secuencia, constantes, exploración, causas y cofactores posibles, lugar, tratamiento y respuesta, triptasa (hora de cada muestra), duración y observación, gravedad, situación y recomendaciones al alta. Evaluación preferente por alergología **[Galaxia-Latam C]**.[3,4,6,31]
- **BB e IECA:** con riesgo significativo de anafilaxia recurrente e inesperada (alergia alimentaria grave, mastocitosis, idiopática recurrente), informa del riesgo y considera evitar BB no selectivos e IECA cuando sea posible **[AAAAI 2023 CBS condicional, moderada]**; no hay datos para distinguir ARA II de IECA (AAAAI). Decide con quien los prescribió.[1]
- **Asma:** revisa su control antes del alta (ASCIA).[3]

**INDICACIONES DE AUTOINYECTOR (GALAXIA-LATAM)**

- **Considéralo tras toda anafilaxia** [Galaxia-Latam B].[31]
- **Absolutas** [IV, C]: anafilaxia previa por alimentos, látex o inhalantes; por ejercicio; idiopática; asma inestable o moderada-grave persistente con alergia alimentaria; alergia a veneno (adulto con reacción sistémica sin inmunoterapia de mantenimiento; niño con reacción más allá de piel y mucosas).[31]
- **Considerar**, sobre todo si se suma más de una [IV, C o V, D]: reacción leve o moderada a cacahuate o frutos secos; adolescente o adulto joven con alergia alimentaria; reacción leve o moderada lejos de atención médica; reacción con trazas de alimento.[31]
- **Segundo dispositivo** [IV, C o V, D]: asma inestable o moderada-grave con alergia alimentaria; mastocitosis o triptasa basal alta; acceso difícil (geografía o idioma); >1 dosis antes de llegar al hospital; reacción casi mortal; dosis del dispositivo muy inferior a la calculada por peso.[31]
- **Fármacos:** RCUK lo omite y AAAAI 2020 permite diferirlo (decisión compartida) si el fármaco es fácil de evitar. Esta guía mantiene **2 dispositivos** cuando se prescriben (sección 10).[4,6]

**MÉXICO Y LATINOAMÉRICA (GALAXIA-LATAM 2019)**

- **Disponibilidad (2019):** autoinyectores solo en Brasil y Argentina (0.15 y 0.3 mg), sin cobertura pública; en México se recomendaba la ampolleta. WAO 2026: acceso aún limitado en Sudamérica. Verifica la disponibilidad actual.[30,31]
- **Si prescribes ampolleta:** 1 mg/mL con jeringas y agujas IM; **escribe la dosis exacta en mL por peso**; estuche que la proteja de la luz y de temperaturas extremas; **no la cargues de antemano** (se oxida); revisa que siga transparente y su caducidad; con jeringa precargada sellada, prescribe también las agujas. Requiere formación más exhaustiva e instructivo escrito.[31]
- **Subuso:** en la encuesta latinoamericana, 37.3 % recibió adrenalina frente a 80.5 % corticoide y 70.2 % antihistamínico; en una serie de anafilaxia por fármacos, ≈26 % (71 de 273).[31]
- **Notificación:** consulta la agencia regulatoria del país.[31]

## 8 Situaciones especiales[1–5,7,10,13,32]

### NIÑOS Y LACTANTES

- **Dosis:** la misma pauta por peso (0.01 mg/kg IM, máx. 0.5 mg); pesa al niño. Lactante <7.5 kg: ampolleta y jeringa (EAACI: 0.01 mg/kg). ASCIA permite un dispositivo de 0.15 mg de 7.5 a 10 kg tras valoración médica: implica menos riesgo que cargar una ampolleta sin entrenamiento.[2,3]
- **Signos propios** y respuesta a la adrenalina: sección 1 y 3 (palidez que persiste; >2 dosis pueden dar hipertensión y taquicardia que simulan anafilaxia persistente) (ASCIA).[3]
- **Posición:** acostado o sentado con piernas extendidas en el regazo del cuidador; no vertical ni sobre el hombro (ASCIA).[3]
- La anafilaxia es poco probable como primera reacción a un alimento o fármaco en la primera exposición del lactante [AAAAI 2023 CBS condicional, baja]. El broncoespasmo grave es frecuente en la anafilaxia por alimentos y en niños (RCUK).[1,4]
- Al inyectar: sujeta firme la pierna para evitar laceraciones (fichas).[10–12]

### EMBARAZO

- **Mismo tratamiento** que fuera del embarazo; la adrenalina es de 1.ª línea (0.01 mg/kg hasta 0.5 mg IM) y no debe omitirse por temor a reducir la perfusión placentaria (ASCIA).[3]
- **Decúbito lateral izquierdo** para evitar la compresión aortocava (ASCIA, RCUK); desde ~20 semanas, si está en supino, desplaza el útero; posición con cabeza abajo en vez de elevar las piernas (RCUK, EAACI).[2–4]
- La ficha pide precaución en el embarazo, pero no lo contraindica ante una situación que amenaza la vida.[10]
- Grave o refractaria: considera una **cesárea urgente antes del paro** (GALAXIA 2022).[32]

### ADULTO MAYOR Y CARDIOPATÍA

- Más eventos cardiacos tras adrenalina en ≥50 años (estudios retrospectivos), pero esos mismos pacientes tienen más riesgo de anafilaxia grave o mortal: se recomienda tratarlos con adrenalina IM sin demora (AAAAI 2023).[1]
- **Dosis: las fuentes difieren.** La ficha FDA sugiere «considerar empezar con una dosis menor» en adultos mayores; RCUK ya no recomienda ajustes de dosis por grupos especiales (su ejemplo: antidepresivos tricíclicos). Esta guía mantiene 0.01 mg/kg (máx. 0.5 mg) y vigila efectos cardiacos (sección 10).[4,10]
- Ficha: precaución en cardiopatía isquémica, arritmias o hipertensión (angina, arritmias ventriculares), pero **no es contraindicación** en anafilaxia. Tras usarla, consultar si hay dolor torácico (AAAAI).[1,10,13]

#### ASMA (ASCIA; RCUK)

- La anafilaxia con broncoespasmo puede ser igual a una crisis asmática grave, sobre todo con alimentos y en niños. **Sibilancias súbitas e inesperadas en alguien con alergia y posible exposición: trátalas como anafilaxia**, con adrenalina primero y después broncodilatador (ASCIA; RCUK).[3,4]
- En el asma, el corticoide temprano puede ser útil cuando la crisis asmática contribuye a la gravedad (RCUK). Revisa el control antes del alta (ASCIA).[3,4]

#### PERIOPERATORIA (MENCIÓN)

- Difícil de reconocer; la vía IM y la IV se usan en el quirófano, y la IV solo por personal con experiencia en vasopresores (RCUK). Compresiones si la TAS es <50 mmHg (RCUK). Sugammadex en paro por rocuronio: eficacia incierta **[AHA 2025 2b, C-EO]**.[4,7]
- Estudio alergológico diferido de todos los fármacos y agentes usados **[AAAAI 2023 CBS condicional, muy baja]**; detalles fuera del alcance de esta guía.[1]

## 9 Diagnóstico diferencial[2,4,5]

| ENTIDAD | QUÉ LA DISTINGUE | FUENTE Y CONDUCTA |
|---|---|---|
| **Reacción vasovagal** | Inicio en segundos, palidez y diaforesis, bradicardia, pulso central palpable; mejora rápido al acostarse; sin urticaria, edema ni broncoespasmo | RCUK (tabla 3). Si no se recupera pronto acostado, piensa en anafilaxia |
| **Crisis asmática** | Puede ser idéntica a la anafilaxia con broncoespasmo; la tos de la anafilaxia suele empezar y terminar de forma súbita (ASCIA) | RCUK, ASCIA: con posible exposición a un alérgeno, trátala como anafilaxia |
| **Angioedema por bradicinina** (IECA, hereditario) | Angioedema sin urticaria; el asociado a IECA puede amenazar la vida | RCUK documenta la falta de respuesta a la adrenalina solo para el asociado a IECA («típicamente no responde»); WAO lo lista (hereditario e IECA) como angioedema no alérgico. Manejo específico fuera del alcance |
| **Ataque de pánico, hiperventilación** | Sensación de muerte inminente, disnea, rubor o piel moteada por ansiedad; sin hipotensión ni sibilancias | RCUK, WAO, EAACI. Frecuente en quien ya tuvo anafilaxia y teme reexposición |
| **Síndrome escombroide** | Intoxicación por histamina de pescado mal conservado (p. ej., atún); suelen afectarse varios comensales | WAO (tabla 3); EAACI (histamina) |
| **Obstrucción laríngea inducible** (disfunción de cuerdas vocales) | Estridor o disnea sin otros órganos afectados | RCUK: no responde a la adrenalina. EAACI, WAO |
| **Otras** | Urticaria o angioedema espontáneos, espasmo del sollozo, síndrome de alergia polen-alimento (solo oral), cuerpo extraño, TEP, infarto, arritmia, choque de otra causa, convulsión, ictus, hipoglucemia, feocromocitoma, carcinoide, síndrome del hombre rojo, fuga capilar | RCUK, WAO (tabla 3), EAACI (recuadro 2). Ante la duda, la adrenalina IM rara vez daña y puede ayudar (RCUK) |

## 10 Dónde difieren las fuentes[1–7,9–13,28–32]

| TEMA | FUENTE A | FUENTE B | CÓMO LEERLO |
|---|---|---|---|
| **Dosis IM: peso o edad** | WAO, ASCIA, AAAAI: 0.01 mg/kg (máx. 0.5 mg); EAACI: 0.01 mg/kg en el ámbito sanitario | RCUK (Reino Unido): dosis fija por edad: >12 años 500 µg (300 µg si es pequeño o prepúber); 6–12 años 300 µg; 6 meses–6 años 150 µg; <6 meses 100–150 µg. GALAXIA 2022 (algoritmo): la misma tabla por edad. WAO 2020 y 2026 dan una tabla simplificada (1–5 años 0.15 mg; 6–12 años 0.3 mg). EAACI (figura 1): 0.15 mg <25–30 kg y 0.3 mg ≥25–30 kg | Esta guía usa 0.01 mg/kg; las tablas por edad son aproximaciones. RCUK reconoce que la evidencia de la dosis es débil |

| TEMA | FUENTE A | FUENTE B | CÓMO LEERLO |
|---|---|---|---|
| **Tope en niños y adolescentes** | AAAAI 2023: máx. 0.3 mg «en niños y adolescentes» (resumen) y «en niños prepúberes» (sección de diagnóstico), como ya decía AAAAI 2020 | WAO, ASCIA: 0.5 mg en adolescentes y adultos (ASCIA: >12 años y >50 kg). GALAXIA 2022 y Galaxia-Latam (texto): 0.01 mg/kg, máx. 0.5 mg también en niños | Con 0.01 mg/kg el tope de 0.5 mg solo se alcanza con ≥50 kg; AAAAI es incoherente consigo misma |
| **Intervalo de repetición** | ASCIA, RCUK: a los 5 min | EAACI, WAO 2026 y ficha: 5–10 min; WAO 2020, AAAAI 2020, GALAXIA 2022 y Galaxia-Latam: 5–15 min (Galaxia-Latam: según gravedad y tolerancia) | Esta guía: 5 min si no hay respuesta |
| **Definición de refractaria** | RCUK, ASCIA: compromiso respiratorio o CV persistente tras 2 dosis IM; EAACI: tras 2 dosis IM y líquidos | AAAAI 2023 (Dribin): persistencia pese a ≥3 dosis o a infusión IV | Escala tras 2 dosis; no esperes la 3.ª para pedir ayuda |
| **Bolo de líquidos** | ASCIA: 10–20 mL/kg; WAO: 20 mL/kg | RCUK: 10 mL/kg niño, 500–1000 mL adulto; EAACI: 10 mL/kg (máx. 500 mL por bolo) niño, 500 mL adulto. GALAXIA y Galaxia-Latam: niño 20 mL/kg c/5–10 min; adulto 1–2 L/h | Esta guía: 10–20 mL/kg, repetir según respuesta; en volúmenes grandes, solución balanceada (RCUK) |
| **Infusión de adrenalina** | ASCIA, RCUK: 1 mg/100 mL a 0.5 mL/kg/h | RCUK: 1 mL/kg/h si hay hipotensión o hipoxia; ASCIA fuera de tercer nivel: 1 mg/1000 mL a 5 mL/kg/h. GALAXIA y Galaxia-Latam: 0.5–1 mL/kg/h (adulto 30–100 mL/h), máx. 6 mL/kg/h; niño 0.1–1 µg/kg/min; solo personal experto | Misma dosis inicial (~0.1 µg/kg/min); cambia el volumen |
| **Adrenalina nebulizada (estridor)** | ASCIA, RCUK: 5 mL de 1 mg/mL (5 mg) | EAACI (figura 1): 1 mg + 4 mL de SF 0.9 %, repetible | Esta guía: 5 mL (ASCIA, RCUK), como complemento de la IM (EAACI, RCUK) |
| **Adulto mayor: dosis IM** | Ficha FDA: considerar una dosis inicial menor en geriatría | RCUK: sin ajustes por grupos especiales; AAAAI 2023: no demorar la IM pese al riesgo cardiaco | Esta guía: 0.01 mg/kg (máx. 0.5 mg) con monitoreo |
| **Bolo IV de adrenalina** | ASCIA: 1 µg/kg (máx. 50 µg) en 1–2 min en niños escolares o adultos en periparo; solo experto o entorno especializado | RCUK: adulto 50 µg; niño sin evidencia (puede responder a 1 µg/kg) | No es de rutina; error de dilución frecuente |
| **Glucagón** | RCUK: 1 mg IV adulto, repetible o 1–2 mg/h | AHA 2025 (texto de apoyo): 1–5 mg IV adulto; ambos 20–30 µg/kg (máx. 1 mg) en niños; ficha: sin indicación en anafilaxia. GALAXIA y Galaxia-Latam: 1–2 mg IV/IM (máx. 5 mg), repetible a 5 min o 5–15 µg/min; Galaxia-Latam: también en cardiópatas con alto riesgo con adrenalina | Esta guía: 1 mg (RCUK); evidencia de casos |
| **Corticoide** | ASCIA: sibilancias persistentes, prednisona 1 mg/kg (máx. 50 mg) o hidrocortisona 5 mg/kg (máx. 200 mg); RCUK: no de rutina; refractaria o asma tras reanimar; hidrocortisona 200 mg adulto, 4 mg/kg (máx. 200 mg) niño | WAO: controvertido, posible daño; EAACI: posible daño en niños; AAAAI 2020: en contra para prevenir la bifásica **[condicional, muy baja]** | Adyuvante opcional, no en lugar de la adrenalina (ASCIA, RCUK); no acorta la observación |
| **Antihistamínico** | RCUK: 3.ª línea, cetirizina tras estabilizar; ASCIA: evitar antihistamínicos sedantes VO y prometazina inyectable; no sedantes para la piel tras tratar | WAO: 2.ª línea con papel limitado; ficha de difenhidramina IV: adyuvante tras controlar lo agudo | Solo para piel, tras la adrenalina |

| TEMA | FUENTE A | FUENTE B | CÓMO LEERLO |
|---|---|---|---|
| **Corticoide y antihistamínico de rutina** | GALAXIA 2022 y Galaxia-Latam: adyuvantes de 2.ª línea en el algoritmo (dexclorfeniramina, hidrocortisona o metilprednisolona) y al alta por 3 días; Galaxia-Latam reconoce que su uso para prevenir la bifásica es empírico, sin evidencia adecuada | AAAAI 2020: en contra para prevenir la bifásica **[condicional, muy baja]**; WAO 2026: beneficio incierto, no revierten la anafilaxia ni deben retrasar la adrenalina | Práctica habitual en España y Latinoamérica; esta guía no la adopta: solo piel o sibilancias persistentes |
| **Observación** | ASCIA 2026: ≥4 h tras la última dosis; toda la noche si hay riesgo. EAACI: 6–8 h si hubo compromiso respiratorio, 12–24 h si hubo hipotensión | RCUK (plazos desde la resolución de los síntomas): 2 h si respondió en 5–10 min a 1 dosis precoz, con resolución completa, autoinyector entrenado y supervisión; ≥6 h si 2 dosis o bifásica previa; ≥12 h si >2 dosis, asma o compromiso respiratorio grave, absorción continua, noche o acceso difícil. AAAAI 2020: 1 h sin rasgos de riesgo; hasta ≥6 h si los hay. GALAXIA y Galaxia-Latam: 6–8 h tras la resolución; 12–24 h si fue grave o refractaria (sobre todo con factores de riesgo) | Esta guía: ≥4 h tras la última dosis (ASCIA); prolonga según riesgo |
| **Bifásica: ventana** | AAAAI 2023: 1–48 h tras la resolución completa; ~5 % (RCUK) | GALAXIA 2022: 4–5 %, de 1 a 72 h desde el inicio de los síntomas; factores: >60 min hasta la 1.ª adrenalina y >1 dosis | Distinto punto de partida; mismos factores de riesgo |
| **Triptasa** | EAACI: 30 min–2 h; AAAAI 2023: lo antes posible, ≤2 h | RCUK: ≤2 h y no después de 4 h; tres muestras. WAO: elevada de 15 min a ≥3 h | Toma temprana y basal ≥24 h en todas |
| **Umbral para 0.3 mg** | Ficha FDA: autoinyector 0.3 mg ≥30 kg; 0.15 mg 15–<30 kg | AAAAI (con AAP, CSACI, EAACI): 0.3 mg desde 25 kg; EAACI: >25–30 kg **[condicional, muy baja]**; **ASCIA: 0.15 mg 7.5–20 kg y 0.3 mg ≥20 kg**. Galaxia-Latam: 0.15 mg de 10 a 25 kg y 0.3 mg >25 kg; hay autoinyector de 0.5 mg para adultos (en España, Anapen 500, GALAXIA) | Esta guía sigue la ficha; entre 20 y 30 kg las organizaciones difieren |
| **<15 kg** | Ficha Auvi-Q: 0.1 mg 7.5–<15 kg; AAAAI 2023: 0.1 o 0.15 mg **[CBS condicional, baja]** | EAACI y ASCIA: 0.15 mg desde 7.5 kg (ASCIA: 7.5–10 kg tras valoración) | El 0.1 mg no existe en todos los países (EAACI, AAAAI) |
| **Contraste yodado tras reacción inmediata grave** | ACR–AAAAI 2025: primero otra modalidad **[consenso de expertos]**; si no hay alternativa, cambio de agente si es factible y premedicación **[limitada, limitada]**, en hospital con equipo de respuesta rápida **[consenso de expertos]**; alergología. ESUR 2025: alergología al menos en toda reacción moderada o grave; elegir el agente alternativo según esa evaluación (más seguro y eficaz que premedicar); el cambio sin estudio es difícil por reactividad cruzada variable; no premedicación rutinaria (opcional en urgencia si el culpable no se identificó y la reacción fue grave) | AAAAI 2020: no premedicar de rutina antes de contraste de baja o isoosmolaridad **[condicional, muy baja]**, con reacción previa de cualquier gravedad, sin estratificar por gravedad (otra pregunta y población) | Tras reacción grave: alergología, otra modalidad o cambio de agente y premedicación en hospital preparado; la premedicación no elimina el riesgo |
| **Número de dispositivos** | Fichas de Auvi-Q y neffy, NICE (RCUK) y EMA (EAACI): 2 | AAAAI 2023: individualiza. Galaxia-Latam: 2 solo en ocasiones, según criterios (sección 7); 15–32 % requiere una 2.ª o 3.ª dosis según la publicación | Esta guía: 2 (~10 % necesita una 2.ª dosis) |

| TEMA | FUENTE A | FUENTE B | CÓMO LEERLO |
|---|---|---|---|
| **Adrenalina intranasal** | ASCIA 2026 y WAO 2026: IM o IN aceptadas como 1.ª línea (WAO: sin ensayos directos IN frente a IM; aprobada con datos de FC/FD); ficha FDA (≥4 años, ≥15 kg) | AAAAI 2023, EAACI 2021, RCUK 2021, folleto GALAXIA 2022 y Galaxia-Latam 2019: no la contemplan (tampoco WAO 2020). Ebisawa 2025: 15 niños, reacción moderada en reto oral, sin comparador | Alternativa según ficha; para dosis repetidas sin infusión, ASCIA prefiere IM |
| **Sin autoinyector (Latinoamérica)** | Galaxia-Latam: ampolleta de 1 mg/mL + jeringa y aguja IM con la dosis por peso escrita; sin precargar; estuche contra luz y temperatura; revisar color y caducidad | WAO 2020 y 2026: jeringa precargada o ampolleta y jeringa, con educación exhaustiva | Situación habitual en México según Galaxia-Latam 2019; verifica la disponibilidad actual |

## 11 Casos y errores frecuentes[1–7,12,13,22,28,29]

**Caso 1 · Mujer de 52 años, 70 kg, recibe ceftriaxona IV en urgencias; a los 5 min, mareo y PA 76/40 mmHg**

FC 124, $SpO_2$ 96 %, sin urticaria, sin estridor ni sibilancias. Nunca había recibido ceftriaxona; sin otras causas evidentes de choque.

**Respuesta.** Hipotensión aguda tras exposición a un alérgeno muy probable: **criterio 2 de WAO, aun sin piel** (la piel falta hasta en 20 %, RCUK); también cumple la definición de ASCIA (hipotensión aguda cuando la anafilaxia es posible), útil porque nunca había recibido el fármaco. **Detén la infusión**, acuéstala con las piernas elevadas, pide ayuda, $O_2$ y monitor. **Adrenalina 1 mg/mL 0.5 mg IM** en el muslo (0.01 mg/kg = 0.7 mg, se limita al máximo de 0.5 mg) y **SF 0.9 % 10–20 mL/kg = 700–1400 mL** en bolo rápido (ASCIA). Si a los 5 min no mejora, **2.ª dosis IM** y más líquidos; si el compromiso CV o respiratorio persiste tras 2 dosis: refractaria, ayuda experta e infusión IV (1 mg/100 mL a 0.5 mL/kg/h = 35 mL/h). Triptasa en ≤2 h y basal ≥24 h. Por el choque inicial, observa **al menos toda la noche** (ASCIA la recomienda con firmeza en la reacción grave, que requirió líquidos IV) o ingresa según evolución. Registra la alergia y refiere a alergología; por ser un fármaco evitable, el autoinyector puede no ser necesario (RCUK; **[AAAAI 2020 BPC]**), decisión compartida.[3–6]

**Caso 2 · Niño de 4 años, 16 kg, comió galletas con cacahuate en una fiesta hace 15 min**

Urticaria generalizada, tos persistente, sibilancias, voz ronca y un vómito. FC 150, $SpO_2$ 92 %, PA 92/58 mmHg; sin antecedentes de alergia; tiene asma leve.

**Respuesta.** Piel + compromiso respiratorio: **anafilaxia (criterio 1 de WAO)**. Sentado con piernas extendidas en el regazo del cuidador (no vertical). **Adrenalina 1 mg/mL 0.16 mL (0.16 mg) IM** en el muslo (0.01 mg/kg), $O_2$ y monitor; repite a los 5 min si no mejora. Sibilancias persistentes tras la adrenalina: **salbutamol 2.5 mg** nebulizado (<5 años, RCUK). Si mejora y persiste la urticaria: **cetirizina 2.5–5 mg VO** (RCUK). La triptasa puede ser normal (niño, alimento). Observa ≥4 h tras la última dosis; con asma y compromiso respiratorio, considera prolongar (ASCIA; EAACI). Al alta: **2 autoinyectores de 0.15 mg** (15–<30 kg, ficha) o **neffy 1 mg** (≥4 años y 15–<30 kg, ficha; ASCIA), entrenamiento con dispositivo de práctica, plan escrito (también para la escuela), evitar cacahuate, revisión del control del asma y alergología.[3–5,12,13]

**Caso 3 · Hombre de 68 años, 85 kg, toma metoprolol; anafilaxia tras contraste yodado en tomografía**

Urticaria, PA 70/40 mmHg, FC 58. Tras 2 dosis de adrenalina 0.5 mg IM separadas 5 min y 2 L de SF sigue con TAS 75 mmHg y sibilancias.

**Respuesta. Anafilaxia refractaria** (compromiso respiratorio y CV pese a 2 dosis IM; RCUK): ayuda experta (UCI). **Infusión de adrenalina** 1 mg en 100 mL de SF a **0.5 mL/kg/h = 42.5 mL/h** y titula según respuesta; IM c/5 min hasta que corra. Más cristaloide (hasta 3–5 L, de preferencia balanceado). Con BB y sin respuesta a infusión y líquidos: **glucagón 1 mg IV**, repetible o 1–2 mg/h; protege la vía aérea (vómito), vigila glucosa y potasio. Bradicardia grave persistente: atropina 0.5 mg IV. Choque pese a todo: segundo vasopresor con experto (consulta B). Sibilancias: salbutamol 5 mg + ipratropio 500 µg nebulizados. Tras reanimar puede considerarse hidrocortisona 200 mg IV (todo RCUK). Paro: SVCA, líquidos IV **[AHA 2025 2a, C-EO]**, glucagón **[AHA 2025 2b, C-EO]**, RCP-EC si es posible. **Después:** documenta el agente exacto y refiere a alergología (prueba cutánea para elegir un agente tolerado) **[ACR–AAAAI 2025 limitada, limitada]**. Para un nuevo estudio tras reacción inmediata grave: primero considera otra modalidad (RM, ecografía, TC simple) **[ACR–AAAAI 2025 consenso de expertos]**; si no hay alternativa aceptable, cambia de agente cuando sea factible y premedica **[ACR–AAAAI 2025 limitada, limitada]**, en un hospital con equipo de respuesta rápida preparado para anafilaxia **[ACR–AAAAI 2025 consenso de expertos]**. ESUR 2025: en electivos, espera la valoración alergológica; elegir el agente alternativo según esa evaluación es más seguro y eficaz que premedicar. La premedicación reduce pero no elimina el riesgo (reacciones pese a ella en ~2.1 %, casi la mitad moderadas o graves; ACR–AAAAI 2025). Lo que pesa es el antecedente grave: el BB aislado no indica premedicación **[ACR–AAAAI 2025 consenso de expertos]**; decide el BB con su cardiólogo.[3,4,6,7,22,28,29]

## ERRORES FRECUENTES

| ERROR | QUÉ HACER EN SU LUGAR |
|---|---|
| Esperar a que se cumplan todos los criterios, o dar primero antihistamínico o corticoide | Adrenalina IM ante la sospecha **[AAAAI 2023 CBS condicional, muy baja]**; los adyuvantes van después y no la sustituyen (ASCIA, RCUK).[1,3,4] |
| Descartar anafilaxia porque no hay urticaria | Hipotensión, broncoespasmo o afección laríngea tras un alérgeno conocido o probable bastan (WAO); la piel falta hasta en 20 % (RCUK).[4,5] |
| Aplicarla SC, en el deltoides o en el glúteo | IM en la cara anterolateral del muslo (EAACI, RCUK, ficha); el glúteo se asocia a infección por clostridios (ficha).[2,4,10] |
| Dar corticoide «para prevenir la bifásica» y alta temprana | No se sugiere para prevenir la bifásica **[AAAAI 2020 condicional, muy baja]**; el corticoide se reserva para sibilancias persistentes o refractaria (sección 5); la observación depende del riesgo (≥4 h tras la última dosis, ASCIA).[3,6] |
| Alta sin dispositivo, plan, entrenamiento ni referencia | 2 dispositivos por peso, entrenamiento, plan escrito y alergología (ASCIA, RCUK, fichas).[3,4,12,13] |

## 12 Consulta rápida A: adrenalina y dispositivos

Una dosis principal por celda. **(guía)** = pauta de la guía citada para esa indicación; **(ficha)** = ficha FDA (EE. UU.). «Máximo»: tope real de la ficha o de la guía para esa indicación; «—» si no lo hay. Dispositivos en México: sección 7.

| Fármaco | Indicación | Dosis (fuente) | Intervalo y duración | Máximo (ficha / guía) | Precaución esencial | Ref. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Adrenalina 1 mg/mL (1:1000)** | | | | | | |
| **Adrenalina IM** | Anafilaxia, adulto y niño | **0.01 mg/kg** (0.01 mL/kg) en el muslo anterolateral (ASCIA, WAO) | Repite c/5 min si no hay respuesta (ASCIA, RCUK) | **0.5 mg por dosis** (guía; ficha: ≥30 kg) | No glúteo, dedos, manos ni pies; no repetir en el mismo sitio (ficha) | 3–5, 10 |
| **Adrenalina nebulizada** | Estridor (complemento de la IM) | 5 mL de 1 mg/mL (ASCIA, RCUK) | Según respuesta | — | No sustituye a la IM ni retrasa la intubación (RCUK) | 3, 4 |
| **Adrenalina en infusión IV/IO** | Refractaria: compromiso respiratorio o CV pese a 2 dosis IM | 1 mg en 100 mL de SF; inicia **0.5 mL/kg/h** (~0.1 µg/kg/min) (ASCIA, RCUK) | Titula; retiro 1 h tras resolución, en 30 min (RCUK) | — (ficha sin pauta IV en anafilaxia) | Bomba, línea exclusiva; ECG, $SpO_2$, PA c/5 min | 3, 4, 10 |
| **Adrenalina bolo IV** | Periparo en niños escolares o adultos; solo personal experto | 1 µg/kg en 1–2 min (ASCIA) | Según respuesta, mientras inicia la infusión | 50 µg por bolo (ASCIA) | Solo expertos; requiere dilución y doble comprobación; no administrar la solución de 1 mg/mL sin diluir por vía IV (RCUK, apéndice 3) | 3, 4 |
| **Dispositivos para el paciente (fichas FDA)** | | | | | | |
| **Autoinyector 0.3 mg** | Alta tras anafilaxia, ≥30 kg | 0.3 mg IM en el muslo (ficha; la ficha autoriza también SC) | 2.ª dosis con otro dispositivo a los 5 min si no mejora (ficha Auvi-Q) | >2 dosis seguidas solo con supervisión médica (ficha) | Prescribe 2 (ficha Auvi-Q/neffy); umbral de peso: sección 10 | 11–13 |
| **Autoinyector 0.15 mg** | Alta, 15–<30 kg | 0.15 mg IM (ficha) | Igual | Igual | Sujeta la pierna del niño | 12 |
| **Autoinyector 0.1 mg** | Alta, 7.5–<15 kg | 0.1 mg IM (ficha Auvi-Q) | Igual | Igual; <0.1 mg: otra forma inyectable (ficha) | AAAAI 2023: 0.1 o 0.15 mg **[CBS condicional, baja]** | 1, 12 |
| **neffy 2 mg IN** | Alta, ≥30 kg | 1 nebulización de 2 mg en una fosa nasal (ficha) | 2.ª dosis en la misma fosa con otro dispositivo a los 5 min (ficha) | >2 dosis seguidas con supervisión médica (ficha) | Pólipos, fractura o cirugía nasal: considera otra vía (ficha) | 3, 13 |
| **neffy 1 mg IN** | Alta, ≥4 años y 15–<30 kg | 1 nebulización de 1 mg (ficha) | Igual | Igual | No establecida en <4 años o <15 kg (ficha) | 3, 13 |

Adrenalina IM por peso (ASCIA, 1 mg/mL): 10 kg 0.1 mL · 15 kg 0.15 mL · 20 kg 0.2 mL · 30 kg 0.3 mL · 40 kg 0.4 mL · ≥50 kg 0.5 mL. Dosis por edad de RCUK y topes de AAAAI: sección 10.

## 12 Consulta rápida B: soporte y anafilaxia refractaria

Fármacos de segunda línea en la refractaria (vasopresores, atropina): con experto y protocolo local (RCUK). «Máximo»: solo topes reales para esa población e indicación; «—» si no los hay.

| Fármaco | Indicación | Dosis (fuente) | Intervalo y duración | Máximo (ficha / guía) | Precaución esencial | Ref. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Volumen y glucagón** | | | | | | |
| **SF 0.9 % (cristaloide)** | Hipotensión o mala respuesta | **10–20 mL/kg** en bolo rápido (ASCIA) | Repite según respuesta; adulto hasta 3–5 L en choque grave (RCUK) | — | Sin coloides; volúmenes grandes: solución balanceada (RCUK) | 3, 4 |
| **Glucagón IV** | Refractaria con BB, adulto | **1 mg IV** (RCUK) | Repetible o infusión 1–2 mg/h (RCUK) | — | Ficha: sin indicación en anafilaxia; contraindicado en feocromocitoma. Vómito, hiperglucemia, hipopotasemia (RCUK) | 4, 22 |
| **Glucagón IV** | Igual, niño | **20–30 µg/kg** (RCUK) | c/5 min (RCUK) | 1 mg por dosis (RCUK) | Igual | 4, 22 |
| **Vasopresores y atropina (RCUK, apéndice 3)** | | | | | | |
| **Noradrenalina** | Choque pese a infusión de adrenalina, adulto | 0.05–0.5 µg/kg/min (RCUK) | Titula a la respuesta | — | Ficha (hipotensión aguda del adulto): inicio 8–12 µg/min, mantenimiento 2–4 µg/min; vena grande, extravasación | 4, 25 |
| **Noradrenalina** | Igual, niño | Inicia 0.1 µg/kg/min (RCUK) | Titula a la respuesta | — | Con experto (RCUK); ficha solo para adultos | 4, 25 |
| **Vasopresina** | Igual, adulto | 2 U IV en bolo (RCUK) | Repite según necesidad; considera infusión (RCUK) | — | Evidencia de modelos animales y casos; ficha solo choque séptico o poscardiotomía | 4, 26 |
| **Vasopresina** | Igual, niño | Infusión 0.02–0.06 U/kg/h (RCUK) | RCUK: 1 U/kg en 50 mL; bolo de 2 mL y luego 1–3 mL/h | — | Con experto (RCUK) | 4 |
| **Atropina IV** | Bradicardia grave persistente pese a líquidos, adulto | **0.5 mg IV** (RCUK) | Repite si es necesario (RCUK) | — | Solo si la bradicardia persiste tras reanimar con volumen | 4 |
| **Atropina IV** | Igual, niño | <12 años 10–20 µg/kg; >12 años 300–600 µg (RCUK) | Según respuesta | — | Igual | 4 |
| **Broncodilatadores** | | | | | | |
| **Salbutamol nebulizado** | Sibilancias persistentes | **5 mg** (ASCIA; RCUK adulto y >5 años); <5 años 2.5 mg (RCUK) | Según respuesta (EAACI) | — | 5 mg (guía) supera la dosis de ficha (2.5 mg, asma). No trata la obstrucción alta ni el choque (ASCIA) | 2–4, 23 |
| **Ipratropio nebulizado** | Broncoespasmo grave persistente | 500 µg adulto y >12 años; 250 µg 2–12 años; 125 µg <2 años (RCUK) | Ficha: c/6–8 h | — | Puede mezclarse con salbutamol si se usa en ≤1 h (ficha) | 3, 4, 24 |

## 12 Consulta rápida C: adyuvantes (después de la adrenalina; no la sustituyen)

No sustituyen a la adrenalina ni tratan la obstrucción de la vía aérea o el choque (ASCIA, RCUK). Para prevenir la bifásica, no se sugieren corticoides ni antihistamínicos **[AAAAI 2020 condicional, muy baja]**.

| Fármaco | Indicación | Dosis (fuente) | Intervalo y duración | Máximo (ficha / guía) | Precaución esencial | Ref. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Corticoides (sibilancias persistentes o refractaria tras reanimar)** | | | | | | |
| **Hidrocortisona IV** | Sibilancias persistentes (ASCIA) o refractaria tras reanimar (RCUK) | **5 mg/kg** (ASCIA) | Dosis inicial; ficha: repetible c/2–6 h | **200 mg** (ASCIA, RCUK) | Beneficio no probado (ASCIA); no prioritario sobre la infusión y los líquidos (RCUK) | 3, 4, 19 |
| **Prednisona o prednisolona VO** | Igual, si tolera VO | **1 mg/kg** (ASCIA) | Dosis única en urgencias | **50 mg** (ASCIA) | VO cuando sea posible (RCUK) | 3, 4, 21 |
| **Antihistamínicos y otros (solo síntomas cutáneos o sintomáticos)** | | | | | | |
| **Cetirizina VO** | Urticaria o angioedema tras estabilizar, adulto y ≥12 años | **10–20 mg** (RCUK) | Dosis única | — | Preferida sobre clorfenamina (sedante) (RCUK) | 4 |
| **Cetirizina VO** | Igual, niño | 6–11 años 5–10 mg; 2–6 años 2.5–5 mg; <2 años 250 µg/kg (RCUK) | Dosis única | — | Ficha (2–5 años, urticaria crónica): hasta 5 mg/día. Sin papel en síntomas respiratorios o CV (ASCIA) | 4, 15 |
| **Difenhidramina IV** | Cutáneo si no hay VO, adulto | 10–50 mg IV (ficha) | A ≤25 mg/min; 100 mg si se requiere | **400 mg/día** (ficha) | Hipotensión si es rápida (RCUK, WAO); sedación | 5, 14 |
| **Difenhidramina IV** | Igual, niño | 5 mg/kg/día IV (ficha) | En 4 dosis | **300 mg/día** (ficha) | No en neonatos ni prematuros (ficha) | 14 |

## Referencias


1. Golden DBK, Wang J, Waserman S, Akin C, Campbell RL, Ellis AK, et al. Anaphylaxis: A 2023 practice parameter update. Ann Allergy Asthma Immunol 2024;132(2):124–176. doi:10.1016/j.anai.2023.09.015
2. Muraro A, Worm M, Alviani C, Cardona V, DunnGalvin A, Garvey LH, et al. EAACI guidelines: Anaphylaxis (2021 update). Allergy 2022;77(2):357–377. doi:10.1111/all.15032
3. Australasian Society of Clinical Immunology and Allergy (ASCIA). Acute Management of Anaphylaxis. ASCIA; 2026 (contenido actualizado en septiembre de 2026). www.allergy.org.au/hp/anaphylaxis
4. Resuscitation Council UK. Emergency treatment of anaphylaxis: guidelines for healthcare providers. Londres: RCUK; mayo de 2021. www.resus.org.uk
5. Cardona V, Ansotegui IJ, Ebisawa M, El-Gamal Y, Fernandez Rivas M, Fineman S, et al. World Allergy Organization anaphylaxis guidance 2020. World Allergy Organ J 2020;13(10):100472. doi:10.1016/j.waojou.2020.100472
6. Shaker MS, Wallace DV, Golden DBK, Oppenheimer J, Bernstein JA, Campbell RL, et al. Anaphylaxis—a 2020 practice parameter update, systematic review, and Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE) analysis. J Allergy Clin Immunol 2020;145(4):1082–1123. doi:10.1016/j.jaci.2020.01.017
7. Cao D, Arens AM, Chow SL, Easter SR, Hoffman RS, Lagina AT III, et al. Part 10: Adult and pediatric special circumstances of resuscitation: 2025 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation 2025;152(suppl 2):S578–S672. doi:10.1161/CIR.0000000000001380
8. Golden DBK, Demain J, Freeman T, Graft D, Tankersley M, Tracy J, et al. Stinging insect hypersensitivity: a practice parameter update 2016. Ann Allergy Asthma Immunol 2017;118(1):28–54. doi:10.1016/j.anai.2016.10.031
9. Ebisawa M, Takahashi K, Takahashi K, Yanagida N, Sato S, Lieberman J, et al. Epinephrine nasal spray improves allergic symptoms in patients undergoing oral food challenge, phase 3 trial. J Allergy Clin Immunol Pract 2025;13(10):2787–2794. doi:10.1016/j.jaip.2025.06.038
10. Ficha FDA. Epinefrina inyectable 1 mg/mL, Glenmark. DailyMed, versión 03/11/2026. set_id cc4ebb51-6020-4339-a36a-ec2380b7d28e
11. Ficha FDA. EpiPen (autoinyector de epinefrina), Asclemed. DailyMed, versión 29/08/2023. set_id 311af6d9-20c0-4b87-b236-4185bfa49988
12. Ficha FDA. Auvi-Q (autoinyector de epinefrina). DailyMed, versión 18/09/2026. set_id 5f40988b-8365-4f7b-84d1-b88e053725cf
13. Ficha FDA. neffy (epinefrina nasal). DailyMed, versión 24/04/2026. set_id 2052f9db-7d76-443b-b702-b6b499f9a4b8
14. Ficha FDA. Difenhidramina inyectable, Avenacy. DailyMed, versión 16/05/2025. set_id 00f862aa-6917-45c7-b6aa-1bebb0a45e14

15. Ficha FDA. Cetirizina solución oral, Bionpharma. DailyMed, versión 24/10/2025. set_id 41d7af88-87b4-370e-e063-6294a90a8af6
16. Ficha FDA. Clorfenamina 4 mg tabletas (OTC), Time Cap Labs. DailyMed, versión 17/12/2018. set_id 588c424a-8dd6-417e-8f76-2ce0cc2b0c12
17. Ficha FDA. Pepcid (famotidina) tabletas, Bausch. DailyMed, versión 01/06/2024. set_id a06502d9-7903-4f37-833e-e5763d502def
18. Ficha FDA. Famotidina inyectable. DailyMed, versión 02/04/2026. set_id 4e803491-8030-50d0-e063-6294a90a5c8d
19. Ficha FDA. Solu-Cortef (hidrocortisona), Pharmacia & Upjohn. DailyMed, versión 29/09/2026. set_id 65eefd58-b166-4d71-ade6-45c8fdf86922
20. Ficha FDA. Solu-Medrol (metilprednisolona). DailyMed, versión 18/12/2025. set_id 42df21df-9284-4505-e063-6294a90a7024
21. Ficha FDA. Prednisona tabletas. DailyMed, versión 05/11/2026. set_id 0b2c2085-c4da-4441-ae5e-eefe26fd199e
22. Ficha FDA. Glucagón inyectable, Fresenius Kabi. DailyMed, versión 16/09/2020. set_id e4be1c0e-0fe6-45a0-9229-5cde98434b84
23. Ficha FDA. Salbutamol (albuterol) solución para nebulizar, Rising. DailyMed, versión 16/07/2026. set_id 32377c09-da6d-331c-e063-6294a90a7a46
24. Ficha FDA. Ipratropio solución para nebulizar, Nephron. DailyMed, versión 08/05/2026. set_id db8095db-d1fd-4099-9fb1-d1ad4e284976
25. Ficha FDA. Levophed (norepinefrina), Hospira. DailyMed, versión 12/06/2025. set_id 2c7dd2b0-cc10-4db6-bf56-6eb154ebeb10
26. Ficha FDA. Vasostrict (vasopresina), Par. DailyMed, versión 21/04/2026. set_id b1147beb-743e-4c62-8927-91192447f8b8
27. Ficha FDA. Ondansetrón inyectable, Hospira. DailyMed, versión 22/05/2026. set_id 6a11f61b-2318-4382-2b91-4366e4bb53fa
28. van der Molen AJ, et al. Hypersensitivity reactions to contrast media: Part 2. Prevention of recurrent hypersensitivity reactions in adults. Updated guidelines by the ESUR Contrast Media Safety Committee. Eur Radiol 2025;35:6811–6825. doi:10.1007/s00330-025-11676-0 (recogido en ESUR Contrast Media Safety Committee Guidelines 2025, noviembre de 2025).
29. Wang C, Ramsey A, Lang D, Copaescu AM, Krishnan P, Kuruvilla M, et al. Management and prevention of hypersensitivity reactions to radiocontrast media: a consensus statement from the American College of Radiology and the American Academy of Allergy, Asthma & Immunology. Radiology 2025;315(2):e240100 (publicado también en J Allergy Clin Immunol Pract). doi:10.1148/radiol.240100
30. Cardona V. Overview of allergic disease: Anaphylaxis – WAO White Book on Allergy 2026 – 2.11. World Allergy Organ J 2026;19(3):101338. doi:10.1016/j.waojou.2026.101338
31. Cardona V, Álvarez-Perea A, Ansotegui-Zubeldia IJ, Arias-Cruz A, Ivancevich JC, González-Díaz SN, et al. Guía de actuación en anafilaxia en Latinoamérica (Galaxia-Latam). Rev Alerg Mex 2019;66 Supl 2:1–39. doi:10.29262/ram.v66i6.588
32. Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC), con SEICAP, SEMES, SEUP, SEMG, SEMERGEN, SEMFYC, AEP y AEPap. Guía de actuación en anafilaxia: GALAXIA 2022. 3.ª ed. Aplicación web (presentada en octubre de 2022) y folleto de bolsillo de SEAIC y Fundación SEAIC. www.guiagalaxia.com

Fichas FDA: dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid= + set_id. Esta guía resume fuentes para profesionales de la salud y no sustituye el juicio clínico ni la normativa vigente.