



Ministerio
de Salud
Pública

Guía de actuación del equipo médico para la asistencia de emergencias por Efecto Adverso Supuestamente Atribuible a la Vacunación e Inmunización (ESAVI) de tipo anafiláctico



msp.gub.uy

ÍNDICE



GUÍA DE ACTUACIÓN FRENTE A ESAVI GRAVE DE TIPO ANAFILÁCTICO.	3
DIAGNÓSTICO	3
PROTOCOLO DE ACTUACIÓN INICIAL	3
DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES	4
PROTOCOLO DE ACTUACIÓN LUEGO DE QUE EL PACIENTE SE ESTABILIZA	4
ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	5

GUÍA DE ACTUACIÓN FRENTE A ESAVI GRAVE DE TIPO ANAFILÁCTICO.

La OMS define ESAVI como cualquier ocurrencia médica adversa que se produce después de la inmunización pero que no necesariamente está causalmente relacionada con el uso de la vacuna. El evento adverso puede ser una señal desfavorable o no planeada, un hallazgo de laboratorio anormal, un síntoma o una enfermedad.

Las vacunas son una causa muy rara de anafilaxia grave, sin embargo, una reacción alérgica grave constituye una emergencia médica que compromete la vida del paciente y debe ser tratada de inmediato dentro de los primeros 10 minutos de comenzado el cuadro para maximizar las posibilidades de sobrevivir sin secuelas.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se realiza ante un cuadro de inicio agudo posterior a la vacunación en paciente susceptible o no con uno o más de los siguientes signos y síntomas

- Hipoxemia.
- Dificultad respiratoria.
- Taquipnea.
- Exantema/urticaria.
- Hipotensión (puede ser severa).
- Taquicardia.
- Broncoespasmo/sibilancias.
- Angioedema (potencial edema en vía aérea) que se manifiesta como edema de lengua y/o cara con o sin síntomas de obstrucción respiratoria.

Algunos de estos signos y síntomas pueden estar ausentes.

Los signos y síntomas de obstrucción respiratoria y/o la presencia de angioedema son predictores de gravedad y necesidad de tratamiento inmediato, debiendo el equipo estar preparado para el manejo de emergencia de la vía aérea, con intubación orotraqueal o acceso quirúrgico del cuello.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN INICIAL

Luego de la evaluación clínica inicial:

1. Si constata obstrucción de la vía aérea solicite ayuda al móvil más cercano para apoyo.
2. Prepare el Cardiodesfibrilador y tenga a mano el instrumental para ventilación y manejo de la vía aérea.
3. Ponga al paciente en decúbito supino con piernas elevadas.
4. ADMINISTRE ADRENALINA 500 mcg IM hasta que disponga de una vía iv
5. Administre Oxígeno al 100% con, flujo alto 10 litros/minuto.
6. Cuando se canalice una vvp, empiece con 10-100 µg IV e incremente dosis cada 2 minutos hasta notar mejoría clínica.

7. Si se retrasa la obtención de una vía i/v continúe con Adrenalina IM en bolos de 500 mcg (0,5 ml Adrenalina 1/1000).
8. Administrar bolo de líquidos IV 500 a 1000 ml. Puede requerir varios bolos
9. Trate el broncoespasmo con salbutamol y adrenalina (si es severo).
10. Inicie infusión de Adrenalina cuando el cuadro es grave o requirió dosis altas en bolo (puede requerir dosis mayores a 1 mg).
11. Considere bolo IV de Vasopresina 1-2 UI i/v o Noredrenalina en infusión continua si la hipotensión se mantiene.
12. Considere acceso IV adicional.
13. Si hay signos de angioedema con obstrucción de la vía aérea, considere intubación orotraqueal temprana para asegurar la vía aérea.
14. Monitoree al paciente con ECG, PA, Pulsioximetría.

Si el paciente pierde el pulso:

1. Inicie masaje cardiaco y RCP,
2. continúa ADRENALINA en bolos de 1 mg IV,
3. administre cristaloides por vía IV a ritmo rápido hasta lograr expansión de volemia (1000 a 2000 ml en 10 min).
4. Continúe con protocolo de RCP según guías ACLS

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

Si el paciente no mejora, continúe el tratamiento, pero considere otras causas:

- Embolia pulmonar.
- Neumotórax.
- Infarto del miocardio.
- Hemorragia.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN LUEGO DE QUE EL PACIENTE SE ESTABILIZA

Luego de estabilizado el paciente considere administrar:

- Antagonista H1 (ej. Difenhidramina 25-50 mg IV).
- Antagonista H2 (ej. Ranitidina 50 mg IV).
- Corticosteroides (ej. Hidrocortisona 100 mg IV).

Se debe tener en cuenta que el cuadro puede recaer después del evento inicial con igual o mayor gravedad.

Se debe trasladar al paciente para monitorizar por 24 horas en un centro de tercer nivel.

Si el evento fue severo y requirió IOT, considere mantener al paciente intubado y sedado para su traslado.

ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO ESAVI GRAVE DE TIPO ANAFILÁCTICO.



ANAFILAXIA

DIAGNOSTIQUE	Algunos signos pueden estar ausentes: Hipoxemia, dificultad respiratoria, taquipnea. Exantema/urticaria. Hipotensión (puede ser severa). Taquicardia. Broncoespasmo/sibilancias. Angioedema (potencial edema en vía aérea). Diagnóstico - busque: Inicio agudo del cuadro Obstrucción respiratoria	
ACTÚE	PIDA AYUDA SOLICITE EL CARRO DE PARO INFORME AL EQUIPO DE VACUNACIÓN PONGA AL PACIENTE EN DECUBITO SUPINO CON PIERNAS ELEVADAS ADMINISTRE ADRENALINA 500 mcg IM hasta que disponga de una vía iv	Si el paciente pierde el pulso, inicie RCP, continúe ADRENALINA en bolos de 1 mg IV y volumen alto de líquidos IV. Continúe con protocolo de RCP según guías ACLS.
DESCARTE	Considere y descarte otras causas: • Embolia pulmonar. • Neumotórax. • Infarto del miocardio. • Hemorragia	



ANAFILAXIA (continuación)

TRATAMIENTO

1- Administre oxígeno al **100%**, flujo alto 10 litros/minuto.

2- **Cuando cuente con una vía venosa, administre Adrenalina IV en dosis escaladas** cada 2 minutos. Empezar con 10-100 µg IV e incrementar dosis cada 2 minutos hasta notar mejoría clínica.

3- Si se retrasa la obtención de una vía i/v continúe con **Adrenalina IM en bolos de 500 mcg** (0,5 ml Adrenalina 1/1000)

4- Administre **bolo de líquidos IV 500 a 1000 ml** ¡Puede requerir varios bolos!

5- **Trate el broncoespasmo** con salbutamol y adrenalina (si es severo).

Si no mejora: continúe tratamiento, pero considere otras causas .

6- **Inicie infusión de Adrenalina cuando el cuadro es grave o requirió dosis altas en bolo** (puede requerir dosis mayores a 1 mg)

7- Considere bolo IV de **Vasopresina 1-2 UI i/v** o **Noredrenalina en infusión continua** si la hipotensión se mantiene.

8- Considere **acceso IV adicional**.

9- Si hay signos de **angioedema con obstrucción de la vía aérea**, considere **intubación temprana** para asegurar la vía aérea.

10- **Monitoree al paciente:** ECG, PA, Pulsioximetría
Después de estabilizar considere:

Antagonista H1 (ej. Difenhidramina 25-50 mg IV)

Antagonista H2 (ej. Ranitidina 50 mg IV)

Corticoesteroides (ej. Hidrocortisona 100 mg IV).

Dosis de fármacos y tratamientos

Adrenalina:

Bolo iv: 10-100 mcg iv a repetir según necesidad

Bolo im: 500 mcg (0.5 ml 1/1000)

Infusión: 1-10 mcg/min iv

Vasopresina: Bolo 1-2 UI iv

Noradrenalina: Infusión: 10 a 50 mcg/min iv

Difenhidramina: 25-50 mg iv

Ranitidina 50 mg iv

Hidrocortisona 100 mg

POST EVENTO

Considere las siguientes intervenciones con paciente estable

1- Puede recaer después del evento inicial:
Traslade al paciente para monitorizar por 24 horas en un centro de tercer nivel.

2- Si el evento fue severo, considere mantener al paciente intubado y sedado.



Dirección
Avda. 18 de Julio 1892.
Montevideo, Uruguay.
Teléfono
1934



msp.gub.uy