

Vista creada el 23/02/2026 a las 17:15 h

## MANUAL DE INMUNIZACIONES EN LÍNEA DE LA AEP

### 4. Anafilaxia: Tratamiento inicial en el punto de vacunación

#### SECCIÓN I. Aspectos generales de la vacunación

Actualizado en marzo de 2025

### Capítulo 4 - Anafilaxia: Preparación del material y tratamiento inicial en el punto de vacunación

1. [Puntos clave](#)

2. [Introducción](#)

3. [Sospecha clínica y diagnóstico diferencial](#)

4. [Tratamiento](#)

5. [Personal y equipamiento necesario](#)

6. [Declaración de reacción adversa](#)

7. [Bibliografía](#)

8. [Enlaces de interés](#)

9. [Historial de actualizaciones](#)

10. Tablas y figura incluidas en el capítulo

Tabla 4.1. [Criterios clínicos para el diagnóstico de anafilaxia](#)

Tabla 4.2. [Diagnóstico diferencial de la anafilaxia](#)

Tabla 4.3. [Diferenciación clínica entre síncope y anafilaxia](#)

Tabla 4.4. [Dosificación aproximada de la adrenalina 1/1000 en función de la edad y el peso](#)

Tabla 4.5. [Medicación y equipamiento necesarios para el tratamiento inicial de una anafilaxia](#)

Figura 4.1. [Algoritmo de actuación en anafilaxia en pediatría](#)

Sugerencia para la citación: Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones (CAV-AEP). Anafilaxia: preparación del material y tratamiento inicial en el punto de vacunación. Manual de inmunizaciones en línea de la AEP [Internet]. Madrid: AEP; mar/2025. [consultado el dd/mmm/aaaa]. Disponible en: <http://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-4>

?

## 1. Puntos clave

- La anafilaxia es una reacción alérgica grave de instauración rápida y potencialmente mortal.
- Suele manifestarse con síntomas cutáneos como urticaria y angioedema, junto con la afectación de otros sistemas como el respiratorio, el cardiovascular o el digestivo.
- Su relación con la vacunación es muy poco probable (entre 1 y 10 casos por millón de dosis), aunque la posibilidad de su presentación debe ser considerada en todo acto vacunal.
- El diagnóstico de la anafilaxia es clínico y debe diferenciarse de otras entidades más frecuentes, como el síncope vasovagal o el espasmo del sollozo.
- La triptasa sérica puede ser un marcador útil para confirmar el diagnóstico de anafilaxia.
- La adrenalina intramuscular es el tratamiento de elección y debe administrarse precozmente, aunque el diagnóstico no sea de certeza.
- En todo punto de vacunación no hospitalario es obligado disponer de adrenalina y de material de reanimación cardiopulmonar pediátrica para atender una eventual anafilaxia.
- El pronóstico depende del reconocimiento rápido y del tratamiento precoz y agresivo y, por lo tanto, de la formación del equipo sanitario.
- Todo paciente que haya sufrido una reacción anafiláctica o tenga riesgo de sufrirla debería llevar consigo autoinyectores de adrenalina para su administración IM. Los familiares, cuidadores y responsables de los menores con riesgo de anafilaxia deben ser instruidos para la administración de la adrenalina con planes de actuación por escrito.

?

## 2. Introducción

La anafilaxia es una reacción alérgica sistémica, de comienzo brusco y que puede llegar a ser mortal. Suele manifestarse con síntomas cutáneos como urticaria y angioedema, junto con la afectación de otros sistemas como el respiratorio, el cardiovascular o el digestivo.

Aunque muy poco frecuente, la anafilaxia en relación con la vacunación es un efecto adverso posible, que debe estar previsto en cualquier acto vacunal. En el Consenso Internacional sobre reacciones alérgicas a las vacunas realizado por la Organización Mundial de Alergias, las sociedades científicas de alergias e inmunología estadounidense y europea, se informó que las tasas de anafilaxia para las vacunas más comúnmente administradas varían, dependiendo de la vacuna, entre 1 y 10 casos por millón de dosis administradas, aunque el riesgo vital por anafilaxia tras la vacunación se considera extremadamente bajo. Padecer mastocitosis cutánea se identificó como factor de riesgo independiente para anafilaxia grave posvacunación, dato que debería incluirse en las secciones de prevención y evaluación prevacunal.

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 posvacunación. Se recomienda prolongar este intervalo hasta los 60-120 minutos en la mastocitosis sistémica.

El mejor abordaje de la anafilaxia es la prevención. Antes de administrar una vacuna se debe preguntar por la posible alergia a cualquier componente del producto para comprobar que no está contraindicado. Ir al [anexo II: Vacunas y alérgenos](#). Los avances de los últimos años en este campo vienen dados por la detección precoz de aquellas personas susceptibles a padecer una anafilaxia mediante la aplicación de algoritmos integrados por inteligencia artificial de las historias clínicas, medición de biomarcadores genéticos (polimorfismos en IL-4Ra y FCER1G) por pruebas rápidas de saliva o datos inmunológicos (triptasa sérica basal o recuento de mastocitos dérmicos), aún no disponibles en la práctica clínica generalizada, pero que permiten identificar pacientes con riesgo para realizar intervenciones profilácticas como la premedicación antes de la vacunación.

En todo punto de vacunación es obligatorio disponer de adrenalina y de material de reanimación cardiopulmonar pediátrica para atender una eventual anafilaxia.

?

## 3. Sospecha clínica y diagnóstico diferencial

El diagnóstico de la anafilaxia se establece mediante criterios clínicos, cuando aparece bruscamente un síndrome rápidamente progresivo que afecta a piel o mucosas, con compromiso respiratorio o circulatorio. Pueden asociarse síntomas digestivos como dolor abdominal, cólico, vómitos o diarrea.

En los niños, la afectación cardiovascular es muy tardía por ser dependiente de la hipoxia cerebral, por lo que suele ser más frecuente la afectación cutánea (presente en el 80 % de los casos), con síntomas respiratorios o digestivos asociados. La presencia de manifestaciones digestivas se asocia a una mayor gravedad.

En los lactantes, la anafilaxia puede presentarse como un cuadro brusco de hipotonía y letargia, lo que dificulta su diagnóstico. La combinación de síntomas cutáneos con hipoperfusión periférica (tiempo de relleno capilar >3 segundos) son un marcador precoz de shock anafiláctico en menores de 2 años.

El shock anafiláctico, definido por la existencia de afectación cardiovascular con hipotensión, puede ser la única manifestación de la anafilaxia.

La variedad de estos cuadros han sido recogidos en las últimas actualizaciones de la Guía GALAXIA (2022) y de la Guía Europea de la EAACI (2021), realizadas por diversos grupos de trabajo y sociedades científicas, que establecen los tres cuadros clínicos diferenciales para el diagnóstico de anafilaxia ([tabla 4.1](#)) que abarcan el 95 % de las presentaciones en todas las edades.

**Tabla 4.1. Criterios clínicos para el diagnóstico de anafilaxia** (adaptado de Guía de actuación en anafilaxia: GALAXIA 2022)

<b>Se considera que la anafilaxia es muy probable cuando se cumple uno de los tres criterios siguientes:</b>	
<b>Piel/mucosas + 1 (respiratorio o cardiovascular)</b>	80 % de las presentaciones
Inicio agudo de lesiones en <u>piel o mucosas</u> (por ejemplo, urticaria generalizada, prurito, eritema, <i>flushing</i> o sofoco, edema de labios, úvula o lengua, junto con al menos uno de los siguientes:	
a. Compromiso <u>respiratorio</u> (por ejemplo, disnea, sibilancias, estridor, disminución del pico flujo espiratorio, hipoxemia)	
b. Descenso de la <u>presión arterial</u> o síntomas asociados de disfunción orgánica (por ejemplo, hipotonía, síncope, incontinencia)	
<b>Dos sistemas tras exposición inmediata</b>	15 % de las presentaciones
Aparición rápida de dos o más de los siguientes síntomas tras la exposición a un alérgeno potencial para ese paciente:	
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)	
<b>Hipotensión tras alérgeno conocido</b>	
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	

\* Presión arterial sistólica baja en la infancia: <70 mmHg de 1 mes a 1 año de edad, [ $<70 \text{ mmHg} + (2 \times \text{edad})$ ] de 1 a 10 años, y <90 mmHg de 11 a 17 años

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, fundamentalmente el síncope vasovagal, relativamente frecuente tras la vacunación en adolescentes, o el espasmo del sollozo ([tablas 4.2](#) y [4.3](#)).

**Tabla 4.2. Diagnóstico diferencial de la anafilaxia.**

- 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

**Tabla 4.3. Diferenciación clínica entre síncope y anafilaxia.**

Ítem	Reacción vasovagal	Anafilaxia
<i>Inicio</i>	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
<i>Cuadro respiratorio</i>	Respiración normal; puede ser superficial, pero sin trabajo respiratorio	Tos, resuello, ronquera, estridor o tiraje costal. Inflamación de la vía aérea superior (labios, lengua, garganta, úvula o laringe)
<i>Cuadro cutáneo</i>	Palidez generalizada, piel fría y húmeda	Prurito, eritema cutáneo generalizado, urticaria (habones) o angioedema local o generalizado
<i>Cuadro neurológico</i>	Sensación de debilidad o mareo	Ansiedad

Modificado de Rüggeberg JU, Gold MS, Bayas JM, Blum MD, Bonhoeffer J, Friedlander S, et al. Anaphylaxis: case definition and guidelines for data collection, analysis, and presentation of immunization safety data. Vaccine 2007;25:5675-84.

En la actualidad el diagnóstico sigue siendo clínico (por su rapidez y la baja sensibilidad y valor predictivo negativo de las pruebas séricas disponibles), aunque se recomienda complementar el diagnóstico en el medio hospitalario con la medición de la triptasa sérica, obteniendo la muestra en las 2 primeras horas desde el inicio de los síntomas, con el objetivo de apoyar el diagnóstico retrospectivo en la consulta de Alergología comparándolo con la triptasa sérica basal (al menos, 24 horas después de la resolución de los síntomas). Se aconseja realizar 3 mediciones de la misma: tras la instauración del tratamiento; la segunda alrededor de las 2 horas del comienzo de la crisis y la tercera a las 24 horas para tener un nivel basal del paciente. La histamina sérica se relaciona mejor con los signos y síntomas de la anafilaxia, pero su pico se concentra en los primeros 5-15 minutos del inicio de los síntomas y se degrada rápidamente.

Otro biomarcador emergente validado es la beta-triptasa madura en líquido extracelular, con una sensibilidad del 92 % y especificidad del 88 % cuando se mide dentro de los 30 minutos posteriores a los síntomas, aunque aún no se usa de forma rutinaria en la práctica clínica. Se está trabajando en nuevos marcadores, con una sensibilidad y especificidad mayor, que permitan realizar un diagnóstico de certeza bioquímico en puntos de atención hospitalaria y extrahospitalaria, como la degranulación de mastocitos y/o basófilos, el factor de activación plaquetario, la carboxipeptidasa A3 mastocitaria, la quimasa o la basogranulina.

?

## 4. Tratamiento

El éxito del tratamiento de la anafilaxia depende de su reconocimiento rápido y del tratamiento precoz y agresivo.

- **La adrenalina intramuscular al 1/1000 (1 mg/ml) es el tratamiento de elección** y debe administrarse lo más precozmente posible, aunque el diagnóstico no sea de certeza:
  - La dosis es 0,01 mg/kg (0,01 ml/kg), máximo 0,5 mg (0,5 ml) por dosis ([tabla 4.4](#))
  - La vía de administración de elección es la intramuscular, en la cara anterolateral externa del muslo
  - Retrasar la administración de la adrenalina está asociado con un pronóstico peor

- En caso de necesidad pueden utilizarse autoinyectores de adrenalina precargados, empleando la dosis 0,15 mg en niños de entre 10 y 25 kg (de 1 a 6 años) y la de 0,3 mg en los de mayor peso. Existen presentaciones de 0,5 mg para adolescentes (>12 años) y adultos con un peso >50 kg
- La dosis puede repetirse cada 5-15 minutos hasta la mejoría clínica
- Se registrará la hora exacta de administración de las dosis
- La aparición de efectos secundarios leves y transitorios, como palidez, temblor, inquietud, taquicardia, cefalea o mareo es frecuente e indica que se ha alcanzado el rango terapéutico

**Tabla 4.4. Dosificación aproximada de la adrenalina 1/1000 en función de la edad y el peso.**

Edad y peso aproximados	Dosis de adrenalina
<1 año (aprox. 5-10 kg)	0,05-0,1 ml
1-2 años (aprox. 10 kg)	0,1 ml
2-3 años (aprox. 15 kg)	0,15 ml
4-6 años (aprox. 20 kg)	0,2 ml
7-10 años (aprox. 30 kg)	0,3 ml
11-12 años (aprox. 40 kg)	0,4 ml
>12 años (más de 50 kg)	0,5 ml

Traducido de [Anaphylaxis: emergency management for health professionals](#) . Aust Prescr. 2018;41:54.

- Solicitar ayuda a los servicios de emergencia en el medio extrahospitalario (teléfono 112)
- Monitorizar al paciente y posicionarlo de forma adecuada:
  - Dificultad para respirar o vómitos: sedestación
  - Inestabilidad hemodinámica: decúbito supino con miembros inferiores elevados (posición de Trendelenburg)
  - Pérdida de conciencia y respiración espontánea: decúbito lateral (posición lateral de seguridad)
- 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
  - C (circulatorio): canalizar vía periférica, preferiblemente una en cada miembro. Si hipotensión administrar cristaloides (suero salino fisiológico 0,9 % a 20 ml/Kg en 15-20 minutos, máximo 1 litro en los primeros 30 minutos)
  - D (valoración neurológica)
  - E (valoración de piel y mucosas)
- Iniciar las maniobras de reanimación cardiopulmonar, en caso necesario
- **Medicamentos de segunda línea:**

- Ninguna otra medicación distinta de la adrenalina intramuscular está indicada sistemáticamente en el manejo agudo de la anafilaxia
- Debe administrarse oxígeno de forma precoz, manteniendo una SatO2 >95 %.
- Debido al incremento de la permeabilidad vascular y la gran extravasación de plasma al espacio intersticial, los pacientes con anafilaxia requieren la administración de fluidos de forma precoz
- Los antihistamínicos y los corticoides no son fármacos precisos en el tratamiento inicial, aunque puede considerarse su utilización en una fase posterior. Los antihistamínicos solo son útiles para mejorar los síntomas de prurito y la urticaria. El antihistamínico más usado es la dexclorfeniramina y la dosis depende de la edad: <12 años: 0,15-0,3 mg/kg/dosis (máximo 5 mg/dosis) y >12 años y adultos: 5 mg (1 ampolla) en inyección IM o IV lenta. Los corticoides se han utilizado clásicamente por su efecto teórico en las reacciones bifásicas (presentes en el 4-4,5 % de los casos), pero una revisión sistemática en 2020 no encontró evidencias sólidas de esta mejoría. La guía GALAXIA (2022) sigue recomendando su uso en pediatría durante 3 días tras el tratamiento inicial (dosis de ataque a 2 mg/kg y mantenimiento a 1 mg/kg/día), ya que se ha descrito una incidencia de reacciones bifásicas que precisan adrenalina intramuscular del 4-4,5 %
- Pueden ser de utilidad los broncodilatadores betaadrenérgicos inhalados (salbutamol) cuando exista broncoespasmo, especialmente si es refractario a la adrenalina intramuscular. También es posible nebulizar adrenalina si existe estridor en vía superior a una dosis de 0,5 mg/Kg, añadiendo 2-3 ml de suero fisiológico, con un máximo de 5 mg por nebulización
- La atropina está indicada en caso de bradicardia prolongada. Se administra en dosis de 0,5-1 mg IV en bolo, que puede repetirse hasta alcanzar una dosis de 3 mg. En los niños, la dosis es de 0,02 mg/kg
- El glucagón, por su acción inotrópica y cronotrópica no mediada por receptores beta, puede ser útil en pacientes que reciban tratamiento con betabloqueantes. 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, por lo que será importante proteger de forma correcta la vía aérea

Todo paciente con sospecha de anafilaxia debe ser remitido a urgencias hospitalarias para observación mínima de 4-8 horas y tratamiento, aunque se produzca una mejoría inicial, por la posibilidad de reacciones bifásicas que pueden aparecer horas después del episodio inicial. Clásicamente se han prescrito al alta dispositivos autoinyectores de adrenalina, aunque ésto no es necesario en la anafilaxia secundaria a productos vacunales, ya que se supone que la futura exposición de los alérgenos que contienen no se va a hacer fuera de un medio sanitario controlado. Como única excepción son aquellas vacunas que contengan polietilenglicol (como las vacunas de ARNm frente a la covid), por el uso común de este excipiente en otros productos farmacéuticos, hasta que se demuestre en la consulta de alergología pediátrica que no se trata de una alergia a este compuesto. Además, deberá asegurarse un plan de continuidad asistencial por parte de los profesionales de atención primaria y una cita preferente para alergología pediátrica.

Si un paciente, tras la vacunación, presenta eritema o urticaria en la zona de la inyección, debe ser observado durante, al menos, 30 minutos para asegurarse de que la reacción es solo local. Si aparecieran otros síntomas, aparte de los cutáneos, que comprometieran a otros órganos, aunque fueran leves, como estornudos, rinorrea, tos, vómitos o mareo, se administrará adrenalina IM y se derivará al paciente al servicio de urgencias del hospital más cercano.

?

## 5. Personal y equipamiento necesarios

En todos los centros 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 ([figura 4.1](#)) y ha de estar correctamente formado en reanimación cardiopulmonar pediátrica básica y avanzada.

El equipamiento necesario para el tratamiento inicial de una anafilaxia forma parte de la dotación estándar exigible en cualquier centro de atención médica pediátrica ([tabla 4.5](#)).

Los viales de adrenalina y el resto del material deben ser comprobados regularmente y desecharados cuando alcancen la fecha de caducidad.

### Tabla 4.5. Medicación y equipamiento necesarios para el tratamiento inicial de una anafilaxia.

**Material mínimo exigible**

**Material idealmente disponible**

Copia del protocolo de actuación y dosificación de la adrenalina

Dos ampollas de adrenalina 1/1000

Cuatro jeringas de 1 ml y cuatro agujas intramusculares

Material de reanimación cardiopulmonar pediátrica básica e instrumentalizada:

- Fuente de oxígeno
- Mascarillas pediátricas y bolsa autoinflable

Pulsioxímetro

Tensiómetro

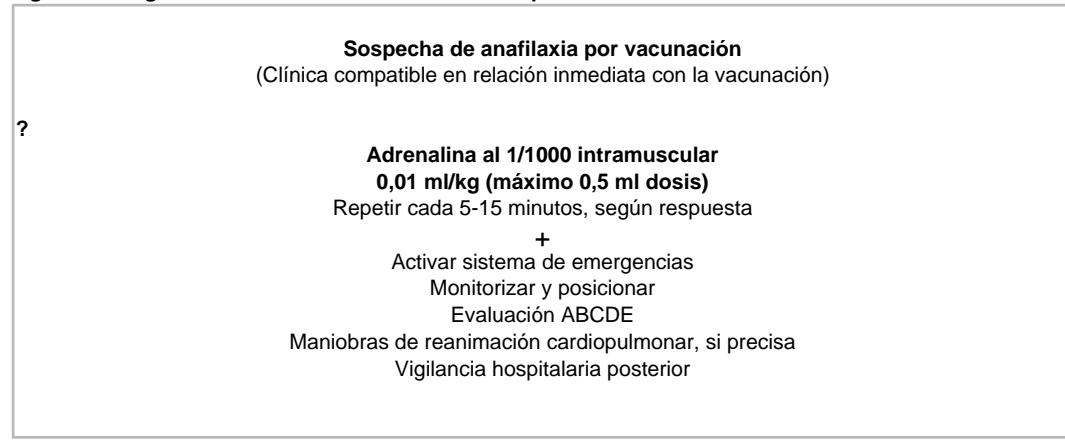
**Material mínimo exigible**

**Material idealmente disponible**

Material de reanimación cardiopulmonar pediátrica avanzada:

- Material de intubación
- Monitor electrocardiográfico-desfibrilador
- Aguja para punción intraósea

**Figura 4.1. Algoritmo de actuación en anafilaxia en pediatría**



2

## 6. Declaración de reacción adversa

La declaración a la autoridad sanitaria de los efectos adversos posiblemente relacionados con medicamentos es una obligación inexcusable de los profesionales sanitarios.

Las reacciones anafilácticas producidas por vacunas han de declararse de forma individualizada y puede llevarse a cabo a través del [formulario electrónico en línea](#), diseñado para notificar sospechas de reacciones adversas a medicamentos (RAM) del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano (SEFV-H).

2

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. American Academy of Pediatrics. Vaccine Safety. En: En: Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS, eds. Red Book: 2021-2024. Report of the Committee on Infectious Diseases. 32st ed, Itasca, IL.: American Academy of Pediatrics; 2021. pp 42-54.
2. [Anaphylaxis: emergency management for health professionals](#) . Aust Prescr. 2018;41:54.
3. Bonadonna P, et al. Vaccination management in mastocytosis: an international consensus statement. J Allergy Clin Immunol Pract. 2021;9:2139-44.
4. Buka RJ, et al. [Anaphylaxis and Clinical Utility of Real-World Measurement of Acute Serum Tryptase in UK Emergency Departments](#) . J Allergy Clin Immunol Pract. 2017;5:1280-7.
5. Campbell RL, Kelso JM. [Anaphylaxis: Emergency treatment](#) . [Monografía en internet]. Uptodate, 2025 (Literature review current).

through: Feb 2025. This topic last updated: Jun 24, 2023). Feldweg AM, editor.

6. Cardona Dahl V, *et al.* Fundación SEAIC. [Guía de actuación en anafilaxia GALAXIA 2022](#) .
7. Dodd A, *et al.* Evidence update for the treatment of anaphylaxis. *Resuscitation*. 2021;163:86-96.
8. Dreskin SC, *et al.* [International Consensus \(ICON\): allergic reactions to vaccines](#) . *World Allergy Organ J*. 2016;9:32.
9. Echeverría-Zudaire LA, *et al.* Consensus document on the approach to children with allergic reactions after vaccination or allergy to vaccine components. *Allergol Immunopathol (Madr)*. 2015;43:304-25.
10. Fritsche PJ, *et al.* [Vaccine hypersensitivity–update and overview](#) . *Swiss Med Wkly* 2010;140:238-46.
11. García Aguado J, Martínón Torres F. Anafilaxia: preparación del material de actuación y tratamiento inicial en Atención Primaria. En: Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría (CAV-AEP). *Vacunas en Pediatría. Manual de la AEP 2012*, 5.<sup>a</sup> ed. Madrid: Exlibris ediciones SL; 2012. p. 89-96.
12. Golden DBK, *et al.* Anaphylaxis: A 2023 practice parameter update. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2024;132:124-76.
13. Linzer JF. *Medscape*. [Pediatric anaphylaxis](#) . Feb 27, 2024.
14. Maltezou HC, *et al.* Anaphylaxis rates associated with COVID-19 vaccines are comparable to those of other vaccines. *Vaccine*. 2022;40:183-6.
15. McNeil MM, Weintraub ES, Duffy J, *et al.* Risk of anaphylaxis after vaccination in children and adults. *J Allergy Clin Immunol*. 2016;137:868-78.
16. Mori F, *et al.* Drugs and Vaccines Hypersensitivity in Children with Mastocytosis. *J Clin Med*. 2022;11:3153.
17. Muraro A, *et al.* EAACI guidelines: Anaphylaxis (2021 update). *Allergy*. 2022;77:357-77.
18. Rüggeberg JU, *et al.* Anaphylaxis: case definition and guidelines for data collection, analysis, and presentation of immunization safety data. *Vaccine* 2007;25:5675-84
19. Shaker MS, *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;145:1082-123.
20. Zanoni G, *et al.* Vaccination management in children and adults with mastocytosis. *Clin Exp Allergy*. 2017;47:593-6.

?

## 8. ENLACES DE INTERÉS

- [Australasian Society of Clinical Immunology and Allergy. Anaphylaxis e-training](#)
- [Canadá. Management of Anaphylaxis and Other Reactions Following Immunizations in Non-Hospital Settings](#)
- [Guía de actuación en anafilaxia: GALAXIA 2022](#)
- [Guía Europea: EAACI guidelines: Anaphylaxis \(2021 update\)](#)

- [The Australian Immunisation Handbook. Vaccination for people who have had an adverse event following immunisation](#)
- [World Health Organization. Vaccine Safety Basics](#)

2

## 9. Historial de actualizaciones

24 de diciembre de 2016	Actualización del apartado "Sospecha clínica y diagnóstico diferencial". Nuevas citas bibliográficas
11 de diciembre de 2020	Actualización de los apartados introducción, sospecha clínica y diagnóstico diferencial y tratamiento
20 de diciembre de 2022	Actualización de los apartados puntos clave, introducción, sospecha clínica y tratamiento. Nuevas
25 de enero de 2023	Cambio de nombre a Manual de Inmunizaciones
14 de marzo de 2025	Actualización de todos los apartados. Nuevas citas bibliográficas y enlaces de interés

-0Oo-

Dirección URL original: <https://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-4>