Dokumentansvarig: Margareta E Berger

Dokumentägare: Susanna Björklund

Anafylaxi - Behandling vid allvarlig överkänslighets-reaktion hos vuxna - Rutin - Hälso- och sjukvård Region Gävleborg

Titel: Anafylaxi - Behandling vid allvarlig överkänslighets- reaktion hos vuxna - Rutin	**Dokumentkategori:** Normerande styrdokument	**Omfattning:** Hälso- och sjukvård Region Gävleborg
Dokumentägare: Biträdande Hälso- och sjukvårdsdirektör	**Dokumentansvarig:** Samordnare övergripande kliniska rutiner HSR	**Beslutsinstans:** Förvaltningschef
Diarienummer:		**Datum för översyn:** Se dokumenthuvud

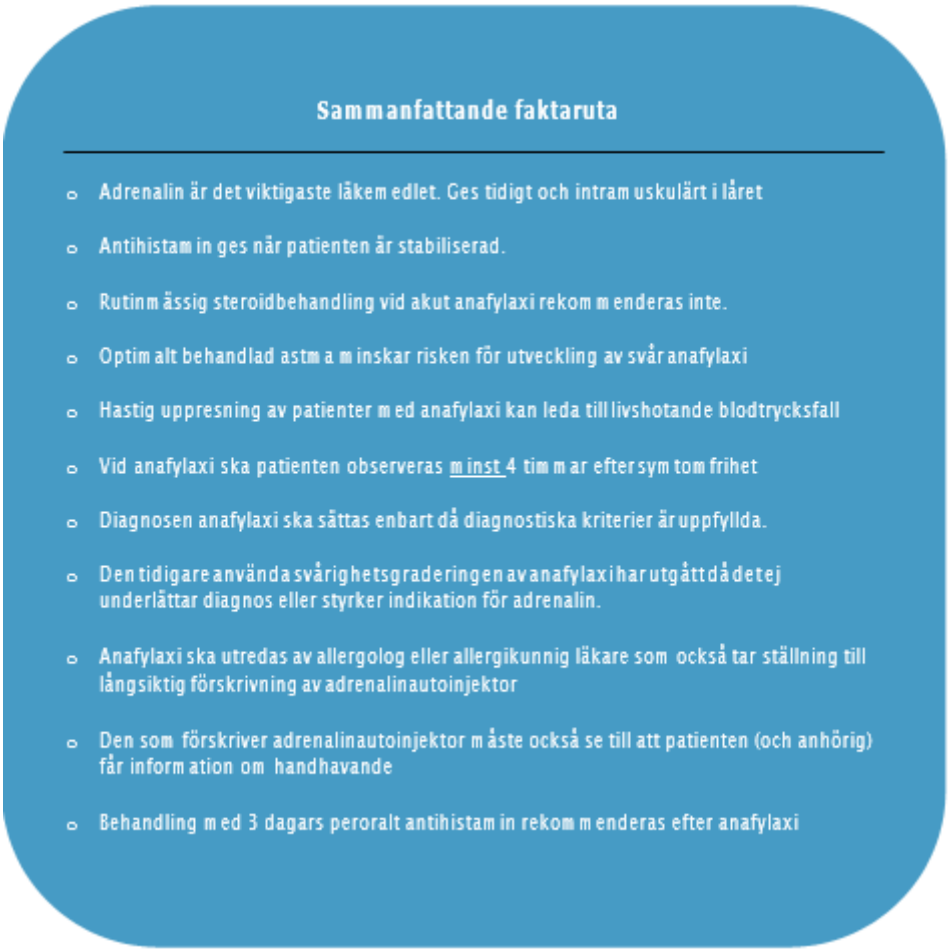
Innehåll

1. Syfte och omfattning 2
2. Sammanfattning 3
3. Innehåll 3
3.1. Definitioner 3
3.2. Diagnoskriterier: 4
3.2.1. Förlopp 4
3.3. Behandling vid det akuta insjuknandet 5
3.3.1. Adrenalin 5
3.3.2. Utredning 6
3.3.3. Vid hemgång 6
3.3.4. Differentialdiagnostik 7
3.3.5. Dokumentation 7
4. Kommunikation och implementering 7
5. Medverkande och granskare 7
6. Referenser 7

1. Syfte och omfattning

Denna rutin ligger till grund för behandling av vuxna patienter som drabbats av akuta överkänslighets- och/eller anafylaktiska reaktioner.
Rutinen omfattar all personal inom Hälso- och sjukvård region Gävleborg.

2. Sammanfattning



3. Innehåll

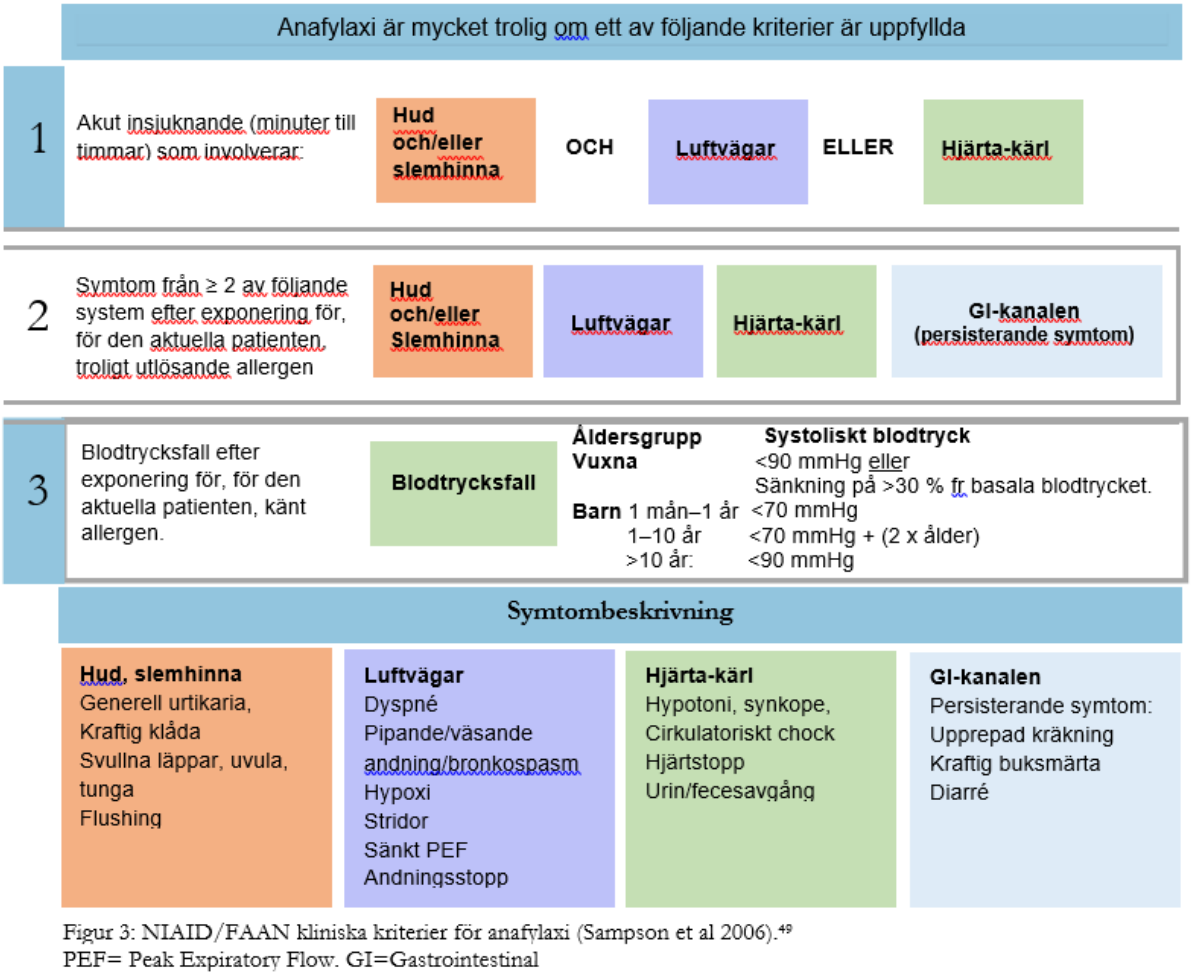
Anafylaxi är en akut, svår, snabbt insättande systemisk överkänslighetsreaktion från flera organsystem som är potentiellt livshotande. Reaktionen inkluderar alltid en respiratorisk, kardiovaskulär och/eller kraftig allmänpåverkan.

3.1. Definitioner

Anafylaxi: är en akut, svår, oftast snabbt isättande systemisk överkänslighetsreaktion från flera organ-system och som är potentiellt livshotande.

Anafylaktisk chock: är anafylaxi där vasopressorbehandling krävs för att hålla systoliskt blodtryck >90 mmHg.

3.2. Diagnoskriterier:



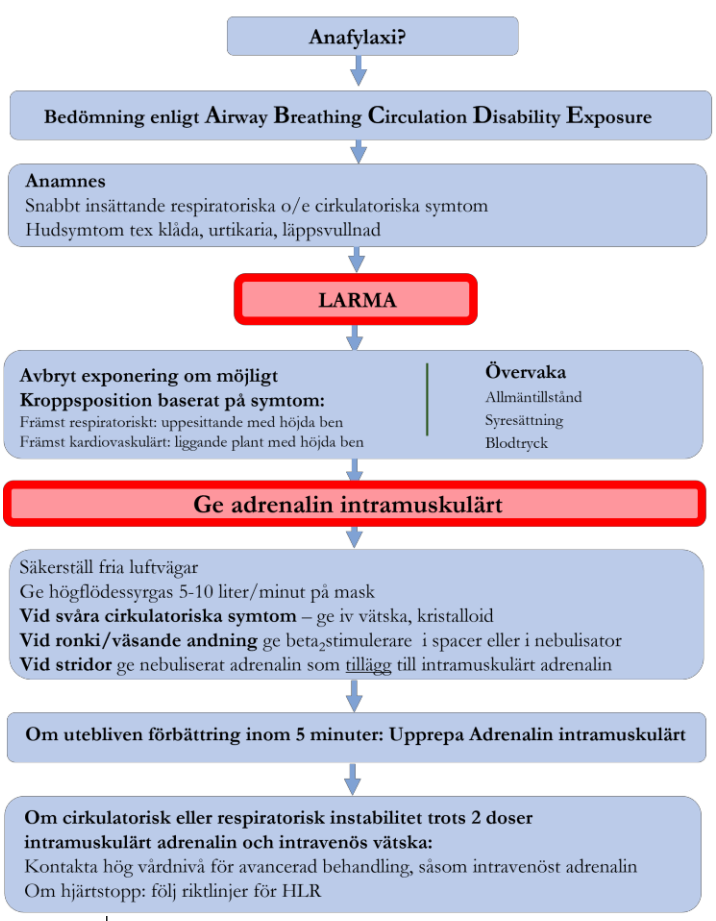
Figur 3: NIAID/FAAN kliniska kriterier för anafylaxi (Sampson et al 2006).[49]
PEF= Peak Expiratory Flow. GI=Gastrointestinal

OBS! Enbart urtikaria, angioödem, rinokonjunktivit eller lindriga G-I symtom är **ej** anafylaxi.

3.2.1. Förlopp

Varierande förlopp kan ses vid anafylaxi. Vanligtvis kommer symtomen efter några minuter upp till en timme. Majoriteteten av reaktioner på livsmedel inträffar inom 2 timmar efter intag med undantag för ansträngningsutlöst födoämnesrealterad anafylaxi och köttallergi. Ungefär 1/10 patienter med anafylaxi utvecklar anafylaktisk chock. Tidig administration av adrenalin kan bryta reaktionen.

3.3. Behandling vid det akuta insjuknandet



Figuren visar – Flödesschema för behandling av anafylaxi. Adrenalinbehandlingen initieras direkt vid reaktionsplatsen. Beroende på reaktionens förlopp kan ytterligare behandling behöva ges inom adekvat vårdnivå.

Viktigt att tänka på vid anafylaxibehandling

- Intramuskulär injektion av adrenalin i låret tidigt i förloppet är den viktigaste åtgärden vid behandling av anafylaxi.
- Vid bronkobstruktion är tidig astmabehandling viktig.
- Kroppsläge: Liggande med höjd fotända. Vid andningsbesvär/kräkning – sittande med höjd fotända. Hastig uppresning av patienter med

3.3.1. Adrenalin

Den enskilt viktigaste åtgärden vid behandling av anafylaxi är injektion av adrenalin intramuskulärt anterolateralt i låret så tidigt som möjligt i förloppet.
Tidig administrering av adrenalin vid anafylaxi har flera effekter. Utöver symptomlindring och stabilisering av vitalparametrar motverkas den underliggande allergiska reaktionen och risken för allvarliga komplikationer minskas.

Vid utebliven effekt – upprepa inj.adrenalin i.m. var 5:e minut. Efter 2 injektioner i.m. kan utspätt adrenalin ges iv som infusion på ordination av läkare med god erfarenhet av detta. Täta puls- och blodtrycks- kontroller liksom EKG- övervakning är obligatoriskt.

3.3.1.1. Övriga läkemedel när patienten är stabiliserad

Indikation	Läkemedel	Administrationssätt	Dos vuxna	Dos barn	Tid till effekt
Symtomlindring	Icke-sederande antihistamin. Tex. desloratadin 2,5 mg/5 mg	Per os	10 mg	<6 år 2,5 mg 6–11 år 5 mg ≥12 år 10 mg	Inom 30–45 min
Astma	T.betametason* 0,5 mg	Per os (Tuggas, sväljes hela eller löses i vatten)	5 mg	<6 år: 3 mg ≥6 år: 5 mg	Inom 2 timmar

Tabell 6 – Dosering av övriga läkemedel vid anafylaxi när patienten är stabiliserad

OBS! Kortikosteroider rekommenderas INTE rutinmässigt vid analylaxi. Kortikosteroider kan ges som EN stötdos till patienter med befintlig astma som del i astmabehandlingen.
Vid utskrivning efter anafylaxi kan Desloratadin 5 mg x 1, i 3 dagar ges.

3.3.2. Utredning

S-tryptas bör tas inom 1–4 timmar efter den akuta reaktionen för att hjälpa till att bekräfta anafylaxidiagnosen. Speglar mastcellsaktivering.

Observation. Vid anafylaxi ska alla patienter observeras minst 4 timmar efter att de blivit symtomfria. Detta gäller även när adrenalin givits i hemmet innan inkomst till sjukvårdsinrättning. Patienter som fått anafylaktisk chock eller bifasiska reaktioner bör observeras minst 12 timmar.

3.3.3. Vid hemgång

Initiera förskrivning av adrenalinpenna till patienter som haft anafylaxi.

Bör förskrivas adrenalinautoinjektor

Alla som fått anafylaxi av
- Födoämne
- Bi-eller getingstick
- Oklar utlösande orsak

Bör ej förskrivas adrenalinautoinjektor

Vid allergisk reaktion som ej bedöms som anafylaxi
Anafylaxi orsakat av (undvikbart) läkemedel

Vid utskrivning efter anafylaxi kan Desloratadin 5 mg x 1, i 3 dagar ges
Remiss till allergimottagning vid behov.

3.3.4. Differentialdiagnostik

Att diagnosticera anafylaxi kan vara enkelt när det finns en tydlig anamnes på exponering till ett för patienten känt allergen, tydligt förlopp och symtombild. Vanliga åkommor som kan likna anafylaxi är akut astma, akut generaliserad urtikaria och angioödem, panikattack och synkope.

3.3.5. Dokumentation

Viktigt att dokumentera reaktionen i patientens löpande journal och under Uppmärksamhetssignalen (UMS) i Cosmic. Varningsmärk journal vid anafylaxi med säkerhetsställd orsak. 1/3 av anafylaxier hos vuxna har okänd etiologi.

4. Kommunikation och implementering

Dokumentet är ett normerande styrdokument och får inte brytas ner utan samråd med dokumentansvarig.

Fastställt dokument skickas ut till kvalitetssamordnare som utsetts till extrauppföljare i Platina. Dessa vidarebefordrar rutinen till berörda Verksamhetschefer (VC) som ansvarar för att sprida och implementera rutinen till berörda Vårdenhetschefer (VEC) inom den egna organisationen. VEC ansvarar för att sprida information och implementera rutinen till berörda medarbetare.

5. Medverkande och granskare

Uppdatering av denna version har skett utifrån Nationellt vårdprogram för anafylaxi 2024 tillsammans med:
Agneta Larsson, Chefläkare Region Gävleborg
Gabriella Kihlström, Specialistläkare VO Internmedicin Gävle

samt granskats av ovanstående och:
Carl Olsson, Specialistläkare VO Anestesi Hudiksvall
Katarina Flyrén, Klinisk farmacevt Läkemedelsavdelning Region Gävleborg
Tommy Lundmark, Chefläkare Region Gävleborg

6. Referenser

Dokumentnamn	Plats
Anafylaxi Nationellt vårdprogram 2024	Svenska föreningen för allergologi
09-874977 Hjärtstopp, larmförfarande - Gävle sjukhus	Platina
09-874999 Hjärtstopp, larmförfarande - Hudiksvalls sjukhus	Platina
09-874808 Hjärtstopp hos gravida kvinnor på Akutmott, BB, Förlossning, VO Anestesi – Rutin – Gävle och Hudiksvall	Platina